

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE LYON

Année 1966 - N° 41

TITRE DE LA THÈSE

LE VIEILLARD, L'HOSPICE ET LA MORT

THÈSE

présentée

à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Lyon

et soutenue publiquement le 30 Mars 1966

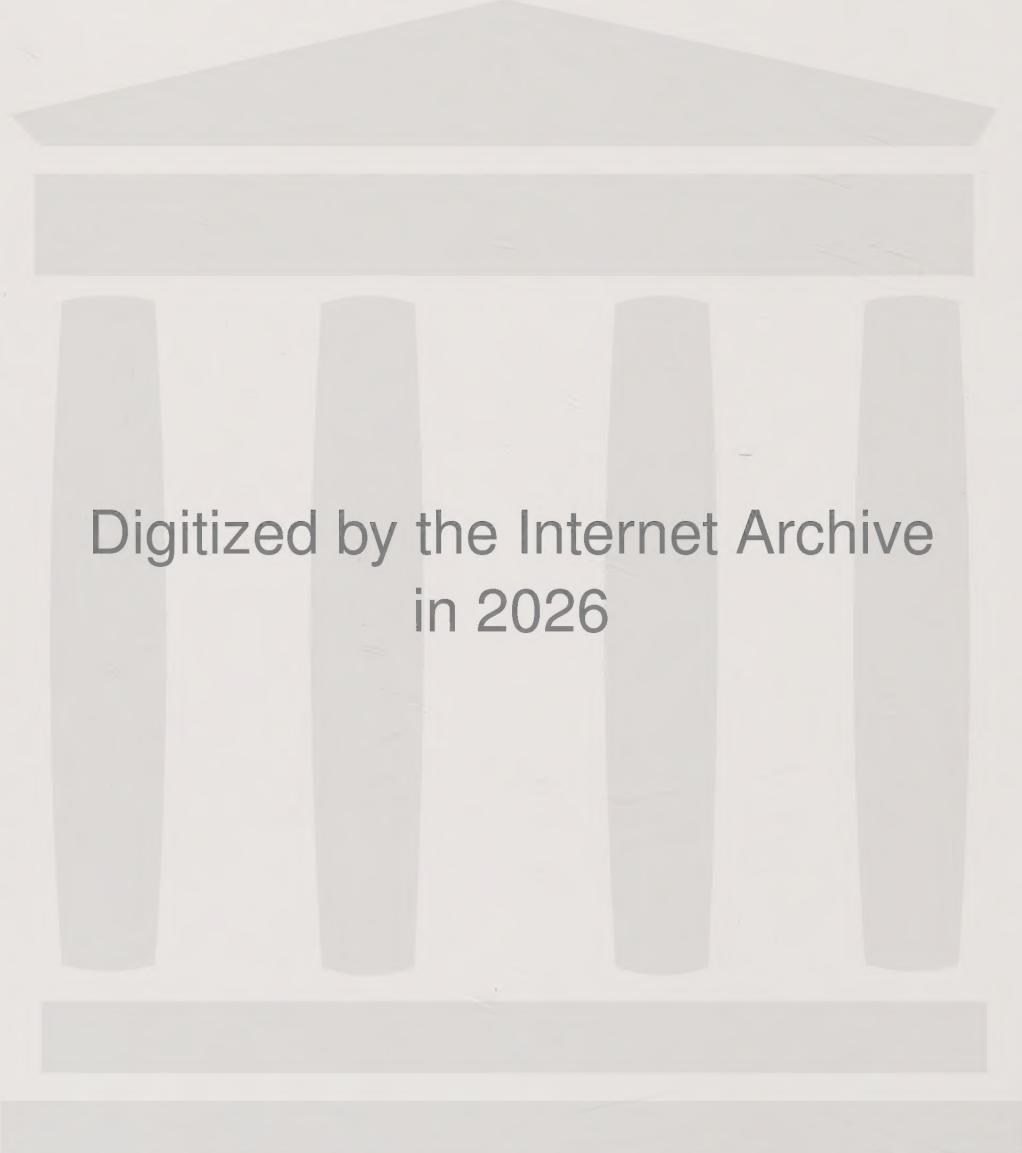
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Jean-Pierre VIGNAT

né le 9 Février 1940

à LYON .



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552626_0027

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE LYON

Année 1966 - N° 41

TITRE DE LA THÈSE

LE VIEILLARD, L'HOSPICE ET LA MORT

THÈSE

présentée

à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Lyon

et soutenue publiquement le 30 Mars 1966

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Jean-Pierre VIGNAT

né le 9 Février 1940

à LYON

Année 1905 - 1906

TITRE DE LA THÈSE

LE VIEILLARD, L'HOPE ET LA MORT



THÈSE

présentée

à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Lyon
et soutenue publiquement le 30 Mars 1906
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Jean-Pierre VIGNAT

né le 8 Février 1840

à LYON

FACULTE MIXTE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE DE LYON

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyens Honoraires.

M. J. LEPINE - Membre de l'Institut
M. H. HERMANN - Correspondant de l'Institut

Doyen : M. J. F. CIER

Assesseurs : M. M. LEVRAT
M. L. REVOL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PATEL - LEPINE - TRILLAT - MOURIQUAND - GARIN - GATE -
MARTIN - GABRIELLE - SANTY - DUCLOS - GUILLEMINET -
HERMANN - ROCHET - POLLOSSON.

PROFESSEURS

MM. CIBERT	Clinique Urologique.
PONTHUS (détaché à Beyrouth)	Physique biologique.
DECHAUME	Clinique Neuro-psychiatrique et d'hygiène mentale.
CHAMBON	Chimie organique et toxicolo- gique.
PAUPERT-RAVAULT	Clinique médicale B.
FROMENT	Clinique et prophylaxie cardio- vasculaires.
CROIZAT	Clinique médicale C
MALLET-GUY	Clinique chirurgicale A
REVOL	Pharmacie galénique
PIGEAUD	Clinique obstétricale
BOURRET	Médecine du travail
LEVRAT	Clinique médicale A
SOHIER	Hygiène et action sanitaire et sociale
NETIEN	Botanique et cryptogamie
BERTRAND	Clinique chirurgicale C
BADINAND	Chimie analytique pharmaceu- tique

MM. DREVON

ROCHE
COUDERT

MOUNIER-KUHN

PAUFIQUE
THIERS

BRUN
CREYSSEL

DARGENT
GUICHARD
GIRARD Paul

LATARJET
PEYCELON
GIRARD Marcel
VACHON
GALY

PAPILLON
JEUNE

GONIN
MONNET
BANSSILLON

CHATONNET
GUINET
TRILLAT

FREIDEL
MARION Joseph

DORCHE

DUMONT Louis
PERROT
CIER J.F.
PERRIN J.

MICHAUD Pierre
MATHIEU
FAUCON

BERTOYE

VINCENT D.

Pharmacie chimique et pharmacologique

Médecine Légale et déontologie

Parasitologie et pathologie exotique

Clinique d'Oto-rhino-laryngologie et d'audio-phonologie

Clinique ophtalmologique

Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie

Clinique de pneumo-phtisiologie

Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique

Clinique carcinologique

Anatomie pathologique

Pathologie générale et expérimentale

Anatomie

Pathologie chirurgicale

Clinique médicale D

Pathologie médicale

Physio-pathologie des voies respiratoires

Radiologie

Clinique médicale infantile et hygiène du 1^o âge

Thérapeutique

Bactériologie

Physiologie et pathologie obstétricales

Physiologie B

Clinique endocrinologique

Clinique de chirurgie orthopédique

Clinique stomatologique

Clinique de chirurgie et d'orthopédie infantiles

Matière médicale et législation pharmaceutique

Histologie et embryologie

Chimie

Physiologie A

Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire

Clinique de chirurgie cardiaque

Clinique gynécologique

Biologie médicale et pharmacodynamie

Clinique des maladies infectieuses

Biochimie appliquée

MM. CIER André	Pharmacodynamie
X	Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale
X	Chimie biologique et médicale
X	Clinique médicale infantile
X	Clinique chirurgicale B

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

MM. BERGER	Physique nucléaire appliquée à la médecine
MANSUY	Neuro-chirurgie
COLLET	Chimie générale et pharmaceutique
LACROIX	Hygiène et climatologie
LIARAS	Clinique chirurgicale propédeutique
LECUIRE	Neuro-chirurgie
REVOL	Médecine générale
GOINARD	Thérapeutique chirurgicale
CIER André	Pharmacie chimique et pharmacologique
PONT Maurice	Médecine générale
TRAEGER	Pathologie métabolique et rénale

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. ROMAN	Parasitologie
FEROLDI	Anatomie pathologie
MORET	Physique biologique
ODDOUX	Botanique et cryptogamie
De SOLLIERS	Chimie analytique
DESPIERRES	Médecine générale
GARIN	Parasitologie
TOLOT	Médecine du travail
THIVOLET	Hygiène

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES TITULAIRES

MM. CREYSSSEL Roger	Chimie biologique
PINET	Electro-radiologie
GUYOTAT	Neuro-psychiatrie
DESCOTES	Chirurgie générale
JOUVET	Pathologie expérimentale
PEYRIN	Physique biologique
TOMMANI	Anatomie pathologique
BUFFARD	Electro-radiologie
LEJEUNE	Médecine générale et thérapeutique

MM. De MOURGUES F.

NAUSSAC
REBOUILLAT
ROMAGNY
DELAHAYE
DELEUZE
GIRAUD

MICHEL
FRANCOIS
MICHOUPLIER
COLOMB
LAMBERT
FRIES
GILLY
ROBERT
BOUCHET
BETHENOD
GERMAIN

KALB
IARBRE
SOUSTELLE
VIALA
VINCENT

COLIN
BERTRAND
GIROD
GRAS
MALLEIN
MARET
VIALLIER-RAYNARD

Stomatologie
Maladies infectieuses
Chirurgie générale
Pédiatrie
Médecine générale
Anesthésiologie
Electro-radiologie diagnostic
et thérapeutique
Anesthésiologie
Pédiatrie et Puériculture
Chirurgie générale
Dermatologie
Médecine générale
Médecine générale
Pédiatrie
Médecine générale
Anatomie
Pédiatrie
Immunologie, Sérologie,
Hématologie
Pneumo-phtisiologie
Pédiatrie
Chirurgie générale
Médecine générale
Bactériologie, Parasitologie,
Virologie
Médecine légale
Chimie biologique
Histologie et Embryologie
Chimie biologique
Chimie analytique
Chirurgie générale
Bactériologie

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES STAGIAIRES

MM. FAVRE-GILLY

RIFFAT
FLANDROIS
ROLLET
FLEURETTE

Hématologie
Hygiène
Physiologie
Pharmacie galénique
Bactériologie

AGREGES EN EXERCISE

MM. MARION Pierre

BONAMOUR
De MOURGUES Georges
DEVIC
DUMONT Martial
DURAND

Chirurgie générale
Ophtalmologie
Chirurgie générale
Médecine générale
Obstétrique
Urologie

MM. FRANCILLON	Chirurgie générale
SAUBIER	Chirurgie générale
SCHOTT	Neuro-psychiatrie
ALLEGRE	Neuro-chirurgie
CHASSARD	Electro-radiologie
FAYSSE	Orthopédie
GAILLARD	Oto-rhino-laryngologie
GARDE	Médecine générale
HUGONNIER	Ophtalmologie
MORNEX	Médecine générale
MOUNIER-KUHN Alain	Chirurgie générale
NORMAND	Médecine générale
PERRIN André	Médecine générale
DUMAS	Stomatologie
GARMIER	Obstétrique
NOEL	Médecine générale
SCHNEPP	Orthopédie
NOTTER	Gynécologie obstétricale

Examineurs de la thèse

- Président : M. le Professeur R. SCHIER
- Assesseurs : MM. J. DECHAUME

L. ROCHE

G. RIFFAT

A mes Parents,

A ma Soeur,

A tous les Miens,

A mes Amis.

A ma Fiancée.

A notre président de thèse

Monsieur le Professeur R. SOHIER

Il nous a fait l'honneur de nous
accueillir parmi ses élèves et nous a témoigné sa
bienveillance en dirigeant nos travaux.

Il nous a fait découvrir que l'Hygiène
n'est ni un ensemble de techniques ni un système théo-
rique mais une école de pensée.

Nous le prions de croire à notre
grande admiration et à notre profond attachement.

A nos juges

Monsieur le Professeur J. DECHAUME

Les deux semestres passés dans son service ont été notre première approche du malade mental et ont constitué pour nous un précieux enseignement.

Qu'il veuille accepter l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

Monsieur le Professeur L. ROCHE

L'année et les gardes que nous avons eu l'honneur d'accomplir dans son service nous ont permis d'acquérir une expérience irremplaçable.

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre gratitude et de notre profond respect.

Monsieur le Professeur Agrégé G. RIFFAT

Nous avons l'honneur de travailler dans son équipe depuis bientôt trois ans. Il a dirigé notre travail; nous a apporté l'appui de sa profonde culture, nous a encouragé par sa gentillesse et son humour.

Nous lui exprimons notre vive reconnaissance et notre profond attachement.

A nos Maîtres de l'Externat des Hôpitaux de Lyon

Monsieur le Professeur J. DECHAUME

Monsieur le Professeur A. TRILLAT

Monsieur le Professeur A. GUICHARD

Monsieur le Professeur L. ROCHE

A nos Maîtres de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu :

Monsieur le Docteur J. CARRIER

Monsieur le Docteur E. LARRIVE

Ils ont guidé nos pas dans le monde de la psychopathologie et nous font vivre avec eux l'extraordinaire aventure de l'hôpital psychiatrique.

Qu'ils soient assurés de notre respectueuse gratitude.

A Monsieur le Docteur L. BOURRAT

Pendant un an, il a été pour nous un Maître bienveillant et toujours disponible.

Nous lui exprimons notre profond attachement.

A Madame H. REBOUL

Elle nous a apporté le concours de sa vaste
expérience sociologique et méthodologique.

A Messieurs BRESCIANI et RAYNAL

dont le Centre d'Economie Industrielle nous a
fourni une aide précieuse.

A tous ceux qui nous ont apporté leur aide technique.

- Vieillard, lui dit la Mort, je ne t'ai point surpris ;
Tu te plains sans raison de mon impatience :
Eh ! n'as-tu pas cent ans ? Trouve-moi dans Paris
Deux mortels aussi vieux ; trouve-m'en dix en France ...

La Mort et le Mourant

Jean de La Fontaine
Fables VIII, 1

PREMIERE PARTIE

BASES ET METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

CHAPITRE PREMIER

BASES DEMOGRAPHIQUES ET ECOLOGIQUES

Ce travail sur la mort du vieillard en hospice est celui d'une équipe, progressivement constituée par le Professeur Agrégé G. RIFFAT, depuis plusieurs années et spécialisée en médecine sociale avec une orientation gérontologique toute particulière. Ce groupe de recherche, fonctionnant dans le cadre du Laboratoire d'Hygiène et d'Action Sanitaire et Sociale de la Faculté de Médecine de Lyon (Professeur SOHIER), a réalisé de nombreux travaux médico-sociaux et notre enquête n'est que la suite d'une série d'études sociogériatriques :-étude du milieu socio-économique de 500 vieillards de la Caisse de Sécurité Sociale Rhône-Alpes(64). - Conditions socio-économiques de l'internement du vieillard dans le département de la Loire(20). - Considérations sur le vieillard et la thérapeutique(63). - Enquête sociale et médicale sur les malades d'hospice (62) etc...

L'équipe, animée et dirigée par le Professeur Agrégé G. RIFFAT, Médecin des Hôpitaux de Saint-Etienne, est constituée de G. GAUDIN, Médecin des Hôpitaux psychiatriques, H. REBOUL, Assistante Sociale de spécialisation sociologique universitaire, J.P.C. VIGNAT, Assistant au Laboratoire, de formation psychiatrique ; cette équipe a une assez forte polarité psychiatrique qui explique et facilite un certain mode

d'approche des problèmes médico-sociaux ; nous reviendrons sur ce point un peu plus tard.

L'Hospice de la Charité, administré par les Hospices Civils de Saint-Etienne, chef-lieu de la Loire, n'est pas inconnu du Laboratoire qui a eu déjà l'occasion de travailler sur du matériel en émanant : d'abord lors d'un bref travail social et médical (62), ensuite lors de l'enquête sur l'internement du vieillard(20) qui comportait un échantillon témoin de pensionnaires de la Charité. Le choix de cet établissement, en apparence assez peu logique étant donné son éloignement relativement grand du Laboratoire, s'explique aisément ; le service médical en incombe au Professeur Agrégé RIFFAT et à son équipe hospitalière. Cette circonstance éminemment favorable nous donne toute latitude d'accès aux dossiers médicaux et de grandes facilités d'information auprès des services administratifs. Nous remercions, au passage, ces derniers de leur accueil toujours bienveillant.

La Charité (ou plus exactement la partie " Hospice " de l'Hopital de la Charité, le plus ancien des deux grands hôpitaux constituant le Centre Hospitalier Régional de Saint-Etienne) est un hospice de type classique, donc un établissement régi par la loi du 14 Juillet 1905 instituant l'assistance obligatoire aux vieillards, infirmes et incurables et défini, plus récemment,

par l'article L-678 du Code de la Santé Publique du 11 Décembre 1958 : " Les hospices pourvoient à l'hébergement des vieillards, infirmes et incurables et leur assurent, le cas échéant, les soins nécessaires ".

Ce vaste ensemble, de style pavillonnaire, de bâtiments d'architecture hétéroclite, de construction échelonnée sur plusieurs siècles, remaniés, modifiés, certains en assez bon état, d'autres franchement vétustes, situé au milieu d'une ville industrielle d'un peu plus de 200.000 habitants, comprend entre 700 et 730 lits, 729 de capacité maximum, pour être parfaitement exact. Ces lits dont 20 sont réservés aux sujets mineurs, sont inégalement répartis entre les deux sexes : 252 (soit 35%) lits d'hommes, 457 lits de femmes - chiffres donnés pour la capacité maximum - ; cette répartition est, en principe, immuable ; en fait, un volant constitué par 25 lits dits " de secours " donne une certaine souplesse au dispositif et permet des variations dans le partage des places.

Les pensionnaires sont répartis en divers services plus ou moins spécialisés : service de " valides ", de grabataires ou de mineurs. Tous les services sont organisés suivant le même principe : un certain nombre de salles d'une quarantaine de lits, parfois divisées, par des cloisons de bois largement vitrées s'élevant à mi-hauteur, en boxes de 4 ou 6 lits.

Dans les services de grabataires, les sujets les plus valides prennent leurs repas aux tables occupant le centre

des salles et passent leurs journées assis dans des fauteuils ou sur des sièges roulants, s'occupant tant bien que mal, les hommes fumant, les femmes faisant quelques rangs de tricot ; la plupart des sujets demeurent alités continuellement ; l'équipement en dispositifs modernes de prévention des escarres, du type " matelas alternating ", reste insuffisant.

Les services de "valides" comportent des salles ou au moins des parties de salles, organisées en "salle de jour" et servant également de réfectoires ; équipées de tables et de sièges (chaises et fauteuils) elles permettent aux pensionnaires de se grouper ; les hommes jouent aux cartes, lisent, fument, bavardent ou somnolent ; les femmes lisent, tricotent ou font de la couture et bavardent. Beaucoup, surtout parmi les hommes, sortent des pavillons et parcourent les allées entre les bâtiments ou vont "en ville" ; ce dernier groupe constitué surtout de pensionnaires masculins fréquentant assidûment les cafés autour de l'hospice.

Les mineurs présentent pratiquement tous une arriération mentale ; certains, infirmes moteurs cérébraux, sont grabataires et ne quittent pas les dortoirs ; la plupart passent la journée dans des salles plus ou moins sommairement équipées où le personnel soignant s'efforce de les occuper suivant leur niveau : découpage, coloriage, couture ou tricot pour les filles, bricolage pour les garçons. Beaucoup sont incapables de la plus simple activité et doivent être laissés à leurs gestes stéréotypés.

Il n'y a dans aucun service d'activité organisée, du type thérapie occupationnelle, analogue à l'ergothérapie des hôpitaux psychiatriques ou des sanatoria : ni locaux, ni personnel spécialisé (°). Le personnel soignant, composé de soeurs hospitalières (Communauté des Hospices de Saint-Etienne) d'infirmières et surtout d'aide-soignants des deux sexes et de femmes de service, tente, dans de nombreux services, de développer, de diriger et de stimuler les activités spontanées des pensionnaires. Si les pensionnaires femmes sont assez faciles à occuper, tout au moins des activités stéréotypées comme le tricot ou la couture, les hommes le sont beaucoup plus difficilement et exigeraient un matériel de bricolage qui est inconnu à l'hospice ; aussi, la plupart restent-ils inactifs, se promenant sans but, ou fumant et rêvant, les plus occupés restant encore les joueurs de cartes. Certains, en particulier des débilés mentaux relativement légers depuis fort longtemps à l'hospice, sont chargés de petites responsabilités dans les services généraux : standard, cuisine, jardin, dépôt mortuaire - ou rendent de petits services.

Il y a d'assez nombreux récepteurs de T.S.F., pratiquement pas de postes de télévision ; pas de salle de cinéma. Il existe une bibliothèque pour les pensionnaires, bénéficiant de subsides assez importants.

Bref, on relève une certaine carence en ce qui concerne l'occupation des vieillards et l'organisation de leurs

(°) Il faut toutefois mentionner l'existence d'un petit atelier de reliure tenu par quelques pensionnaires.

loisirs, entraînant un désœuvrement presque total, de la population masculine en particulier.

L'Hospice de la Charité reçoit des pensionnaires de tout le département de la Loire, en principe. Le département compte actuellement près de 700.000 habitants (695.060 d'après le dépouillement au 1/20 du recensement de 1962) pour une superficie de 4580 Km², avec la forte densité de 151 habitants au kilomètre carré. La population ne cesse de s'accroître, avec une augmentation de 28.000 de 1957 à 1962.

Trois arrondissements se partagent le département :

- Celui de Roanne, au Nord (1700 km²) et celui de Montbrison, à l'ouest (1900 km²) sont essentiellement agricoles et ruraux.
- Celui de Saint-Etienne, au Sud-Est, deux fois plus petit (980 km²) et rassemblant plus de la moitié de la population totale, avec une densité de plus de 400, représente la zone urbaine et industrielle avec Saint-Etienne et ses villes-satellites, leurs industries lourdes (houillères, métallurgie) et légères (cycles, armes, textiles).

Les grandes villes (Firminy, Roanne, Montbrison, Rive-de-Gier) ont un ou plusieurs services d'hospice dans le cadre de leur hôpital. Les villes moyennement importantes (type Charlieu, Le Chambon-Feugerolles) ont un hôpital-hospice. Pour tous ces établissements, les statistiques fournissent la

capacité globale, sans préciser l'importance des lits d'hospice. Les petites villes et les bourgades (type Usson en Forez, Noirétable) ont des hospices communaux totalisant 631 lits (22 hospices).

Il existe un peu partout dans le département des hospices et des maisons de retraite privés, souvent tenus par des communautés religieuses (Petites Soeurs des Pauvres, Soeurs de Saint Vincent de Paul) : 1529 lits au total, dont 385 seulement pour Saint-Etienne qui représente pourtant presque le tiers (30%) de la population de tout le département.

La Charité dessert donc, en fait, avant tout Saint-Etienne et n'a qu'un assez faible recrutement extra-stéphanois. Sa clientèle est citadine et ouvrière, pour la plus grande partie ; il faut signaler, à ce propos, qu'à Saint-Etienne existe un important prolétariat, mal logé et à la condition économique difficile mais très fortement structuré.

Aussi, la plupart des pensionnaires disposent-ils de ressources insuffisantes et sont-ils pris en charge par l'Aide Sociale qui verse les 16,34 F de prix de journée (pour 1965) ; 644 pensionnaires sur 700 (92 %) sont ainsi incapables de faire face aux frais de leur séjour. Cette incapacité est totale car tous bénéficient des aides non contributives.

(°) Ceci correspond à un trait commun à tout le Massif Central : les petites villes y sont nombreuses, quelquefois avec un passé ancien et important dont témoignent les formations d'hospices. Saint-Etienne, par contre, ville du XIX siècle est pauvre à cet égard.

CHAPITRE DEUXIEME

METHODOLOGIE

Nous avons utilisé, pour notre enquête, exclusivement une étude sur documents ; à aucun moment nous n'avons recouru à une méthode d'interviews : il n'était pas nécessaire, en effet, d'aller interroger les 700 pensionnaires de la Charité, dans le cadre de notre travail : les renseignements que nous en attendions étant d'ordre administratif.

Notre idée de départ était de déterminer les causes et les modalités de décès du vieillard en hospice ; autrement dit, la façon de mourir qu'adoptait le vieillard dans un hospice. Pour celà, nous avons choisi d'examiner les dossiers de tous les sujets décédés à l'hospice de la Charité pendant les années 1960-1961-1962-1963.

Nous avons pu ainsi regrouper 475 sujets, constituant une population assez large pour notre étude. Nous avons utilisé les dossiers médicaux de l'hospice : ceci nous amène à dire un mot de l'organisation médicale à la Charité. Le Professeur Agrégé RIFFAT dispose de cinq internes des Hôpitaux de Saint-Etienne, assurant la marche de son service de Médecine Générale, axé sur la Rhumatologie et la Néphrologie, et de l'hospice, chacun ayant la responsabilité d'un certain nombre de lits du service et de l'hospice ; un assistant des Hôpitaux partage également son temps entre le service et l'hospice. Chaque entrant à l'hospice est examiné systématiquement

et un dossier médical établi. Par la suite, ce n'est que lors d'un épisode pathologique que la soeur ou l'infirmière appelleront l'interne auprès du sujet ; c'est donc d'elles que dépend la première expertise médicale, en décidant si ce dont se plaint le pensionnaire mérite ou non un examen médical.

Dans un certain nombre de cas, de plus en plus facilement actuellement, le médecin estime que les soins nécessaires dépassent les possibilités de l'hospice et fait passer le sujet en médecine où les examens et les thérapeutiques sont menés plus aisément.

Le dossier médical s'enrichit ainsi peu à peu, au fil des années. Nous nous sommes néanmoins heurté à un certain nombre de difficultés : tout d'abord, les indications d'état civil, de date d'entrée, de durée de séjour ou de date de décès étaient fréquemment incomplètes, illisibles ou absentes et nous ont obligé à un examen très minutieux du dossier pour retrouver les éléments manquants disséminés sur des demandes d'admission ou d'autres pièces ; ensuite, les mots d'observation concernant les divers épisodes pathologiques étaient souvent très brefs et ont dû être complétés par la recherche et l'examen des feuilles de température, des résultats d'examens, des compte-rendus opératoires ou de la correspondance échangée entre les services ; bref, chaque dossier a nécessité un important et long travail de dépouillement.

Pour faciliter et uniformiser ce dépouillement, nous avons établi une fiche de dépouillement (fig. 1) rassemblant, pour chaque dossier, les indications d'état-civil, de dates d'entrée

MORTALITE DU VIEILLARD A L'HOPITAL DE LA CHARITE
FICHE DE DEPOUILLEMENT

NOM : PRENOM : Sexe : Age :

Date d'entrée : Date de décès :

Durée de l'hospitalisation :

Envoyé par : Praticien :

Famille :

Service hospitalier : - Chirurgie
- Médecine

Hôpital psychiatrique :

Maison de retraite :

Etat à l'entrée :

Evolution durant le séjour à la Charité :

Causes du décès :

MORTALITE DU VIEILLARD A L'HOSPICE DE LA CHARITE

Numéro de la fiche :

--	--	--	--

Sexe : homme 1 ; femme 2

--	--

Age à l'entrée :

--	--	--	--

Age du décès :

--	--	--	--

Année du décès : 1960 1 1962 3
 1961 2 1963 4

--	--

Mois du décès :

--	--	--	--

Durée de l'hospitalisation (en demi-mois)

--	--	--	--

Envoyé par : Praticien 1 Hop. Pschy. 5
 Famille 2 Maison retraite 6
 Chirurgie 3 Divers 7
 Médecine 4 Sans précision 9

--	--

Etat à l'entrée : Maladie aiguë 1 Maladie récidivante 3
 Maladie chronique 2 Sans précision 9

--	--

Une affection 1 Trois affections 3
Deux affections 2 Quatre affections 4

--	--

Pathologie (selon code) 1° affection
 2° affection
 3° affection
 4° affection

Evolution durant le séjour :

Maladie aiguë 1 Maladie récidivante 3
Maladie chronique 2 Sans précision 9

--	--

Une affection 1 Trois affections 3
Deux affections 2 Quatre affections 4

--	--

Pathologie (selon code) 1° affection
 2° affection
 3° affection
 4° affection

Cause du décès

Modalité de la mort : Prévisible à l'entrée 1
 Prévisible pendant le séjour 2
 Inopinée 3

--	--

et de décès, de durée de séjour, de modalité d'envoi à l'hospice, d'état pathologique à l'entrée, d'évolution durant le séjour, de causes de décès enfin. Cette fiche fut établie d'après les résultats d'un dépouillement de 30 dossiers.

Chaque fiche de dépouillement a ensuite été transcrite sur une fiche de codage en vue du travail mécanographique (fig. 2). Nous avons conservé l'âge en années, mais les durées d'hospitalisation, certaines de quelques jours, d'autres de plusieurs dizaines d'années, ont nécessité leur calcul en demi-mois, moins importants à manipuler que les jours et permettant une transposition des courtes durées plus fidèle qu'avec les mois ; nous avons manié cette unité de la façon habituelle :

- de 0 à 14 jours : 0 demi-mois
- de 15 à 29 jours : 1 demi-mois, etc...

La partie la plus difficile du codage a résidé dans la transcription de la pathologie. Nous avons le choix entre plusieurs codes : celui de l'A.M.A. (American Medical Association), de l'O.M.S.(°), de la Sécurité Sociale ou enfin celui que l'I.N.S.E.E. (°°) utilise pour ses tables annuelles de mortalité. Aucun d'eux ne nous a pleinement satisfait pour notre travail particulier, si bien que nous avons préféré établir notre propre code, solution déjà adoptée lors d'un travail antérieur. Ce code a été élaboré à partir des faits mêmes de

(°) O.M.S. : Organisation Mondiale de la Santé.

(°°) I.N.S.E.E. : Institut National de la Statistique et des
Etudes Economiques.

pathologie qu'il était destiné à traduire : un test de 100 dossiers (en fiche de dépouillement) a fourni les syndromes et les entités morbides usuellement rencontrés, dans le langage même des cliniciens ; au fur et à mesure du codage, de nouvelles pathologies, moins fréquentes, sont venues s'ajouter.

CODE DE PATHOLOGIE

- 1 - H.T.A.
- 2 - Troubles graves du rythme. Tachyarythmie. Arythmie.
- 3 - Défaillance cardiaque I.C.
- 4 - Collapsus cardio-vasculaire
- 5 - O.A.P.
- 6 - I.V.D.
- 7 - I.A.
- 8 - R.A.
- 9 - I.M.
- 10 - R.M.
- 11 - Angine de poitrine
- 12 - Infarctus du myocarde
- 13 - Embolie
- 14 - Arythmie complète simple
- 15 - Séquelles d'infarctus
- 16 - Artérites des membres inférieurs
- 17 - Vertiges avec chute
- 18 - Ictus
- 19 - Ramollissement cérébral
- 20 - Hémiplégie ancienne
- 21 - Hémiplégie aiguë
- 22 - Quadriplégie
- 23 - Aphasie
- 24 - Troubles neurologiques
- 25 - Troubles de la conscience
- 26 - Coma
- 27 - Hyperthermie centrale + troubles neurovégétatifs
- 28 - Coma hypoglycémique
- 29 - Paraplégie
- 30 - Coma diabétique
- 31 - Coma azotémique
- 32 - Coma hépatique
- 33 - Crises convulsives symptomatiques
- 34 - Comitialité
- 35 - Zona
- 36 - Traumatisme crânien
- 37 - Artériopathie + Sclérose S.N.C. + Pseudo bulb.
- 38 - Involution cérébrale + Atrophie cérébrale
- 39 - Syphilis nerveuse
- 40 - Sérologie positive
- 41 - Parkinson
- 42 - Sclérose en plaque
- 43 - Confusion mentale
- 44 - Détérioration mentale + Affaiblissement intellectuel
- 45 - Préoccupations hypochondriaques. Cénestopathie
- 46 - Excitation sénile

- 47 - Syndrome dépressif
- 48 -- Psychose sénile
- 49 - Psychose ancienne
- 50 - Evolution démentielle
- 51 - Débilité mentale
- 52 - Troubles du caractère
- 53 - Céphalées
- 54 -
- 55 -
- 56 - Fractures diverses
- 57 - Névralgies. Sciatiques
- 58 - Traumatisme de la hanche
- 59 - Fracture du col du fémur
- 60 - Fracture du bassin
- 61 - Séquelles de traumatismes
- 62 - Coxarthrose
- 63 - Ostéoporose diffuse
- 64 - Ostéoporose localisée
- 65 - Amputation
- 66 - Séquelles d'amputation
- 67 - Cypho-scoliose
- 68 - Rhumatisme chronique
- 69 - P.C.E.
- 70 - Arthropathies tabétiques
- 71 - Asthme
- 72 - Bronchite chronique
- 73 - Pneumopathie aigüe
- 74 - Broncho-pneumopathie aigüe
- 75 - Pneumopathie virale. Grippe
- 76 - Pneumopathie à répétition
- 77 - I.R.C.
- 78 - I.R.A.
- 79 - Trachéotomie
- 80 - Tuberculose pulmonaire
- 81 - Tuberculide récidivante
- 82 - Prolapsus génital
- 83 - Néoplasme sphère gynécologique
- 84 - Néoplasme pulmonaire
- 85 - Néoplasme de l'oesophage
- 86 - Epithélioma cutané. Néoplasme de la face
- 87 - Néoplasme du sein
- 88 - Leucémies
- 89 - Anémie
- 90 - Néoplasme gastrique. Néoplasme digestif
- 91 - Polyglobulie
- 92 - Intoxications diverses
- 93 - Hémorragies diverses
- 94 - Phlébite
- 95 - Ulcère de l'estomac
- 96 - Dyspepsie. Troubles digestifs divers
- 97 - Hernie diaphragmatique
- 98 - Syncope
- 99 - Accident thérapeutique

- 100 - Néoplasme du plancher de la bouche
 - 101 - Néoplasme généralisé
 - 102 - Adénome de la prostate
 - 103 - Néoplasme de la prostate
 - 104 - Séquelles d'interventions digestives
 - 105 - Interventions digestives
 - 106 - Syndrome occlusif
 - 107 - Lithiase biliaire
 - 108 - Ictère
 - 109 - Cirrhose alcoolique
 - 110 - Alcoolisme
 - 111 - Insuffisance hépatique
 - 112 - Syndrome méningé
 - 113 - Hernie inguinale
 - 114 - Troubles urinaires
 - 115 - Néphrite aiguë
 - 116 - Suites opératoires
 - 117 -
 - 118 - Diabète
 - 119 - Obésité
 - 120 - Nanisme
 - 121 - Hypothyroïdie
 - 122 -
 - 123 - Dermatose
 - 124 -
 - 125 - Syndrome de Fontenelle
 - 126 - Dénutrition
 - 127 - Cachexie progressive
 - 128 - Baisse de l'état général
 - 129 - Etat grabataire. Marasme. Gâtisme
 - 130 - Escarres
 - 131 - Ulcères variqueux. Troubles trophiques divers
 - 132 - Cataracte
 - 133 - Surdité
 - 134 - Cécité
 - 135 - Surdi-mutité
 - 136 -
 - 137 - Sociopathie
 - 138 - Aggravation
 - 139 - Etat stationnaire
 - 140 - Suicide
 - 141 - Mort subite
 - 142 - Mort inconnue
 - 143 - Hémoptysies
-

N'étant pas né d'une idée à priori, mais s'étant empiriquement formé, ce code manque certainement d'unité : c'est ainsi qu'il juxtapose des diagnostics anatomo-pathologiques, des processus physiopathologiques et des données sémiologiques. (°). Mais, encore une fois, notre propos n'était pas d'établir une table nosographique mais de rendre possible, en vue d'une étude statistique, la manipulation mécanographique de faits pathologiques qui nous étaient fournis, tous, par la même équipe de cliniciens, dans un langage courant, auquel il nous était indispensable d'adhérer sous peine, en cherchant à le ramener à une convention nosographique quelconque, de déformer totalement la réalité clinique.

Les manipulations mécanographiques ont été, comme lors de précédentes enquêtes, confiées au Centre d'Economie Industrielle (°°). Les chiffres des fiches de codages, transcrits en perforation, ont été soumis à plusieurs centaines de "passages" sur machine Bull.

A mesure que l'enquête progressait, il nous est apparu de plus en plus nécessaire de procéder à une **approche**

(°) C'est pourquoi aussi certains numéros n'ont pas été utilisés car nous avions prévu des additions dans le code.

(°°) C.E.I. : 13, rue d'Alsace-Lorraine, LYON

sociologique du problème, une appréhension de l'hospice en tant que milieu où évoluait la réalité pathologique que nous étions en train d'étudier. Les documents médicaux que nous utilisions ne nous le permettaient pas, leurs indications sociales s'étant vite avérées insuffisantes et incomplètes.

Ces documents orientant notre recherche plus que nous l'aurions voulu et la maintenant dans leurs limites, nous avons entrepris une étude, non pas clinique, mais strictement sociale, comparative avec celle de la population décédée, sur certains points seulement (l'âge en particulier), de la population vivante de l'hospice, en utilisant des documents administratifs. Cette seconde partie de notre travail, jugée d'abord accessoire et complémentaire, s'est vite révélée très vaste et passionnante, non pas tant par le nombre des dossiers (700) que par la qualité et la richesse des informations.

Un certain nombre d'imperfections méthodologiques nous sont apparues assez vite ; d'autres ne se sont précisées qu'une fois le travail achevé ; nous en tirerons la leçon in fine.

En premier lieu, malgré l'expérience née de travaux similaires antécédents, nous avons souffert, à de multiples reprises, de l'absence du concours d'un statisticien ; aussi, en l'absence de ce guide, nous sommes-nous parfois aventuré à analyser de trop petits groupes, présents dans notre population ou bien avons-nous hésité devant l'expression à donner à tel résultat ou encore avons-nous conservé trop de données statistiques ...

En second lieu, certains contretemps nous ont obligé à modifier notre plan de travail : ainsi, les dossiers des 32 hommes décédés en 1960 ne nous sont parvenus qu'après la mise en route de la mécanographie ; nous avons dû, pour ne pas reprendre au départ le dépouillement sur machine, procéder à un dépouillement manuel ...

En troisième lieu, nous avons dans nos opérations de dépouillement des dossiers médicaux, utilisé tous les dossiers des sujets décédés pendant les quatre années considérées, quel que soit leur âge. Nous n'avions certes pas oublié que l'objet de notre étude était "la mort du vieillard", mais nous pensions avoir ainsi un point précieux de comparaison quant à la variation de la pathologie selon l'âge. Ce but a été atteint mais nous avons dû nous livrer à de longs et fastidieux calculs sur les bandes fournies par les trieuses électroniques, pour en extraire le groupe des non-vieillards, avec une perte de temps et de travail considérable...

Le moment semble venu de préciser notre choix de la limite de la vieillesse. Pour LITTRE, le vieillard est l'homme de 60 ans ; pour la Sécurité Sociale, c'est celui de 65 ans, âge de la retraite normale. Il en est de même pour la commission d'étude des problèmes de la vieillesse (Laroque) et pour nombre de gériâtres, comme R.J. Van ZONNEVELD et L. BINET (°). Cependant, tous, le législateur comme le cli-

(°) De nombreux auteurs se réfèrent à une limite implicite qu'ils laissent le soin au lecteur de découvrir.

nicien, admettent que des processus très divers peuvent entraîner un vieillissement nécessitant dès 60 ans des mesures sociales et médicales. L'hospice ne constituant pas la moins fréquente de ces mesures, il paraît, en toute logique, indiqué de convenir de l'âge de 60 ans comme limite de la vieillesse. D'autant plus, que de nombreux travailleurs de la population où recrute l'hospice de la Charité sont mis à la retraite dès 55 ou 60 ans (Houillères de la Loire).

C'est donc l'âge de 60 ans que nous conserverons tout au long de ce travail.

Cette étude s'est étendue sur près de deux années de travail ; de toute l'équipe d'abord, d'une partie seulement au bout d'un an, l'autre partie travaillant à une enquête socio-psychiatrique.

En Février 1964, était élaboré le plan de travail. De début Mars à fin Juillet 1964, se déroulaient les opérations de dépouillement (3 mois), puis de codage (2 mois) ; à partir de Septembre 1964, commençaient l'examen et l'interprétation des résultats fournis régulièrement par le C.E.I. auquel étaient demandés de nouveaux "passages" sur machine ; ces opérations se sont poursuivies en 1965, tandis que, parallèlement, était menée à bien l'enquête sur la population vivante.

Dans la seconde partie de ce travail, nous étudierons la population vivant à l'hospice début 1965, du point de vue de l'âge, de la durée de séjour et de la condition civile.

Puis, dans la troisième partie, nous analyserons l'âge, le moment du décès, la durée de séjour ; bref, l'aspect chronologique de la population décédée à la Charité de 1960 à 1963.

La quatrième partie rassemble les pathologies observées chez les vieillards décédés, à l'entrée, pendant le séjour à l'hospice ou enfin lors du décès.

Les modalités de la mort constitueront la cinquième partie ; nous entendons par là le lieu temporel et causal - ce qui est loin d'être la même chose, l'aphorisme "post hoc propter hoc" étant, en médecine et particulièrement en gériâtrie, quelque peu optimiste entre le décès et la pathologie.

Enfin, dans une dernière partie, nous grouperons les conclusions, les hypothèses ou les questions qui se seront dessinés, au fil de notre travail.

DEUXIEME PARTIE

ETUDE DE LA POPULATION DE L'HOSPICE

INTRODUCTION

Pour étudier la population de l'Hospice de la Charité, nous avons en quelque sorte, "tiré un instantané" de cette population ou encore procédé à "une coupe transversale" de son évolution, en effectuant une enquête démographique à un instant donné ; bref, nous avons utilisé la méthode du recensement.

Puisque cette étude a pour but d'établir une base valable de référence à l'enquête sur les décès survenus pendant une période de 4 ans dans cet hospice, il semblerait préférable de suivre l'évolution de la population vivante pendant la même période. Le jeu des entrées et des sorties avec l'envoi des dossiers aux archives ne nous a pas permis une telle reconstitution qui, si elle eut été possible, nous eut, sans doute, amené à peindre une manière de fresque plus ou moins mouvante et, en définitive, conduit. à la préciser sous forme de recensement ; nous aurions pu, il est vrai, posséder, dès lors, un recensement pour chacune des quatre années qui nous intéressent. L'absence de variation brutale dans la démographie de l'hospice laisse toute sa valeur à notre recensement et l'exploitation de certaines de ses don-

nées, en réintroduisant la durée, fait apparaître la dynamique, le mouvement de la population.

Les dossiers médicaux ne contenant pratiquement pas d'indication d'état civil, nous avons fait appel aux dossiers administratifs. Le Bureau des Entrées de l'hospice, dès lors sollicité, nous a fourni tous les renseignements en sa possession pour chacun des sujets présents à l'hospice au 1^o Mars 1965. Ces renseignements comportaient l'indication du sexe, la date de naissance, la date d'admission à l'hospice, la condition civile (marié - séparé - divorcé - veuf - célibataire). Ce dernier élément est susceptible de varier au cours du séjour (ainsi, un marié devenant veuf) sans que l'administration en soit informée parfois ; n'ayant aucun moyen de contrôle, nous avons décidé de nous en tenir aux renseignements qui nous étaient fournis.

Pour cette partie de notre travail, nous avons utilisé un dépouillement strictement manuel, sans aucune opération mécanographique, en raison du nombre très limité d'informations 4 ou 5, dont nous disposions ; en fait, l'importance des corrélations que nous avons pu établir entre les différentes informations a entraîné une manipulation très considérable de données et, en définitive, aurait justifié une opération de codage préalable à un dépouillement sur machine.

Successivement, nous envisagerons :

- l'âge actuel de la population de la Charité.
- l'âge d'entrée à l'hospice.
- la durée de séjour.

- la condition civile.
- le problème du couple et de l'isolement.

Nous finirons par une ébauche de description du milieu que constitue l'hospice, en nous aidant de comparaisons avec les populations du département de la Loire et de la France.

CHAPITRE PREMIER

ETUDE DE L'AGE

ETUDE DE L'AGE ACTUEL

Au 1^o Mars 1965, l'hospice abrite 700 sujets répartis en :

- 236 hommes soit 33,7 %
- 464 femmes soit 66,3 % (700 = 100)

donc, un tiers d'hommes environ seulement.

Fait capital, cette inégalité n'est pas liée à la structure de l'hospice, créée artificiellement par une limite administrative, et est, de ce fait, significative ; en effet, la capacité d'admissions masculines peut atteindre, suivant les besoins, 252 lits (cf. 1^o partie, chapitre I, page 13).

On retrouve cette proportion entre les deux sexes dans la plupart des hospices : 33 % d'hommes à l'hospice du Centre Hospitalier du Mans (700 lits), 46 % à la Maison Départementale de Retraite de l'Yonne(°) à Auxerre (612 lits). Ce dernier établissement offre un exemple intéressant car la proportion de pensionnaires masculins, encore très importante, y diminue constamment et l'administration a dû convertir en pavillons de femmes des bâtiments jusque là destinés aux hommes et devenus vacants.

(°) En principe, le nom de "Maison de Retraite" est donné aux établissements ne recevant que des vieillards - c'est à dire ni infirmes, ni incurables de moins de 60 ans.

Si l'on considère l'âge de 60 ans, que nous avons admis comme limite de la vieillesse (cf. 1^o partie, chapitre II, page 27), la population se répartit en deux groupes inégaux, de part et d'autre de cette limite :

- 210 sujets de moins de 60 ans, soit 30 %
- 490 sujets de 60 ans et plus, soit 70 % (700 = 100)

Plus des deux tiers des pensionnaires atteignent ou dépassent la soixantaine. La répartition des sexes est très différente dans les deux groupes d'âge :

- moins de 60 ans : 98 hommes, soit 46,7 %
112 femmes, soit 53,3 % (210 = 100)
- 60 ans et plus : 138 hommes, soit 27,6 %
352 femmes, soit 72,4 % (490 = 100)

Un peu moins de la moitié d'hommes pour la population de moins de 60 ans ; un peu moins des trois quarts de femmes pour celle de 60 ans et plus ; 58,5 % des hommes et 76 % des femmes ont atteint ou dépassé la soixantaine.

Les âges extrêmes notés lors du recensement sont 7 et 97 ans ; ils concernent des femmes, les extrêmes masculins étant 8 et 91 ans. La population âgée qui fait, seule, l'objet de notre étude, s'étend donc de 60 à 97 ans pour les femmes ; l'étalement masculin est plus étroit : 60 à 91 ans.

L'âge moyen est de 76 ans - 73 ans pour les hommes, 77 ans 1/2 pour les femmes.

La pyramide des âges, construite à l'aide de classes d'âges de 5 ans (8 classes), avec une classe terminale ouverte

Ages (années)

95 et +

HOMME/ (138)

FEMME/ (352)

90-94

85-89

80-84

75-79

70-74

65-69

60-64

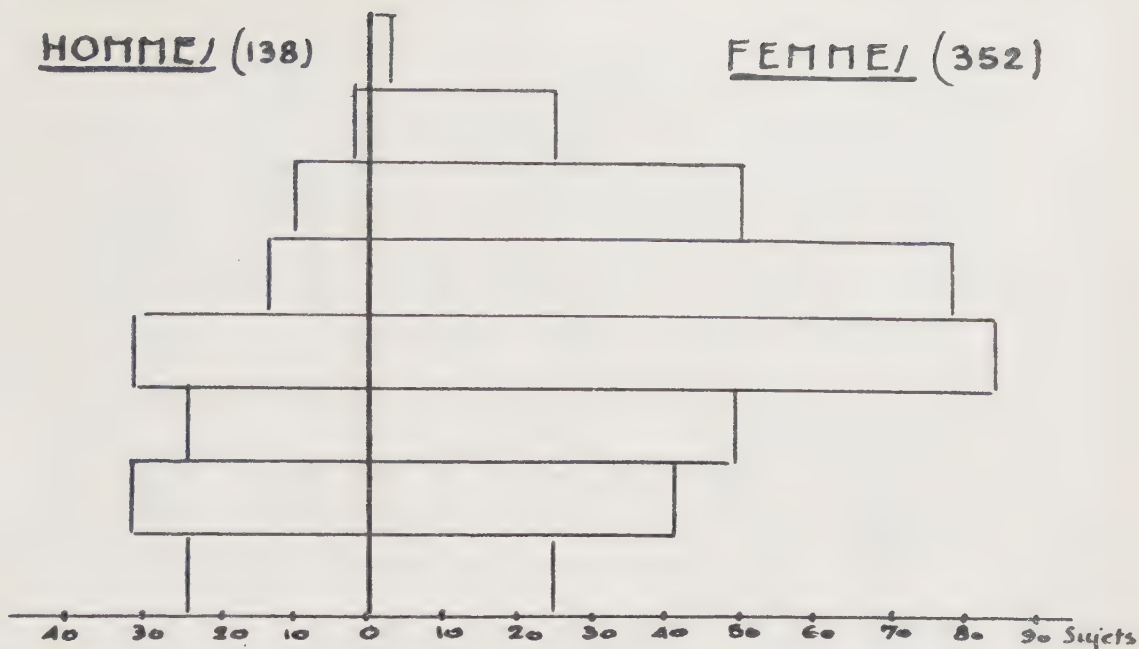


FIG. 3 Pyramide des âges de la population vivante de la Charité. (490 sujets - Mars 1965).

Ages (années)

95 et +

HOMME/ (138)

FEMME/ (352)

90-94

85-89

80-84

75-79

70-74

65-69

60-64

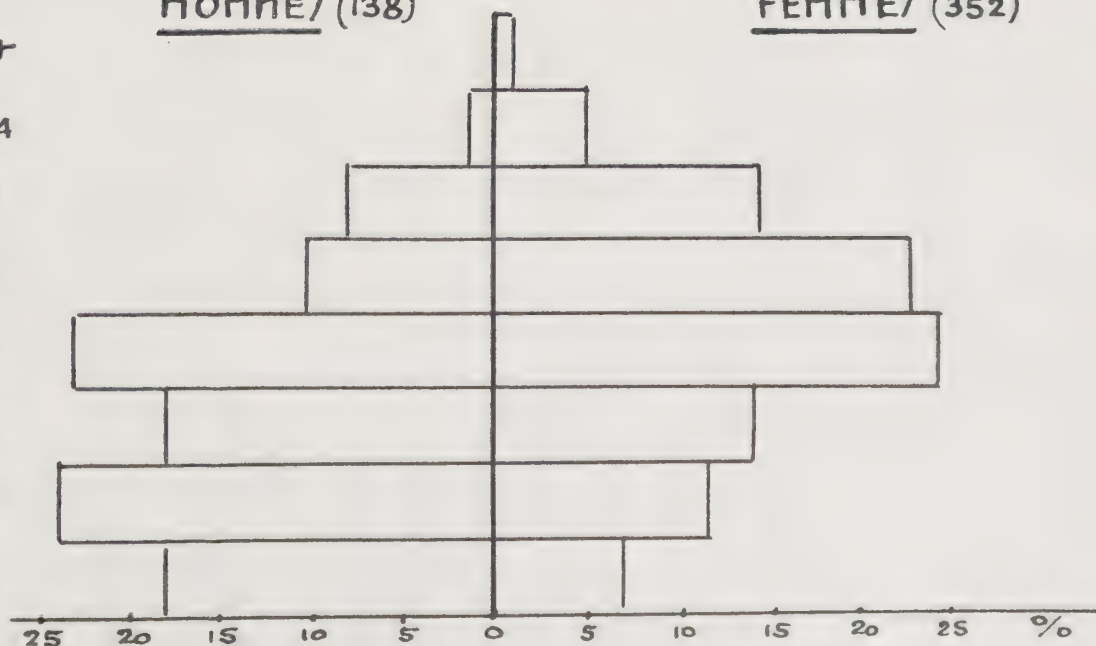


FIG. 4 Pyramide des âges, exprimée en %, de la population vivante de la Charité. (490 sujets - Mars 1965)

TABEAU I

REPARTITION DES AGES ACTUELS EN FONCTION DU SEXE

CLASSES	TOTAL	%	HOMMES	%	FEMMES	%
60 à 64 ans	48	9,8	24	17,4	24	6,8
65 à 69 ans	73	14,9	32	23,2	41	11,6
70 à 74 ans	73	14,9	24	17,4	49	13,9
75 à 79 ans	115	23,5	31	22,5	84	23,9
80 à 84 ans	92	18,8	14	10,1	78	22,2
85 à 89 ans	61	12,4	11	8	50	14,2
90 à 94 ans	26	5,3	2	1,4	24	6,8
95 ans et plus	2	0,4	0	0	2	0,6
	490	100,0	138	100,0	352	100,0

(95 ans et plus) (Tableau I), présente une allure très différente selon le sexe (fig. 3) : aspect irrégulier chez la population masculine, où se détachent deux classes non voisines : 65-69 ans et 75-79 ans ; chez les femmes, prédominance très nette d'un bloc de deux classes : 75-79 ans et 80-84 ans, avec une décroissance assez irrégulière en deçà et au delà. Il faut noter, dans les deux sexes, d'une part l'inégalité de la classe initiale (60-64 ans), d'autre part la prépondérance de la classe 75-79 ans.

La représentation de la même pyramide avec des classes exprimées en pourcentage (total hommes = total femmes = 100 %,) supprimant la prépondérance numérique féminine (fig. 4), confirme l'importance de cette classe 75-79 ans et fait apparaître sa signification de pivot démographique, en deçà duquel se trouve la masse de la population masculine, et au delà celle de la population féminine : 80 % des hommes ont moins de 80 ans, 68 % des femmes plus de 74 ans.

La répartition des sexes en fonction de l'âge, étudiée au moyen des classes d'âges de 5 ans, montre une prédominance féminine régulièrement croissante avec l'âge, comme l'indique très nettement l'histogramme de la figure 5, construit à l'aide des pourcentages hommes-femmes calculés à l'intérieur de chaque classe d'âge (1 classe = 100)(Tableau II); d'autant plus nettement que la classe initiale 60-64 ans recèle autant d'hommes que de femmes, comme on l'a déjà vu.

Il est intéressant, comme on l'a fait à propos

TABLEAU II

REPARTITION DES SEXES EN FONCTION DE L'AGE ACTUEL

CLASSES	TOTAL	HOMMES	%	FEMMES	%	TOTAL %
60 à 64 ans	48	24	50	24	50	100
65 à 69 ans	73	32	43,8	41	56,2	"
70 à 74 ans	73	24	32,9	49	67,1	"
75 à 79 ans	115	31	27	84	73	"
80 à 84 ans	92	14	15,2	78	84,8	"
85 à 89 ans	61	11	18	50	82	"
90 à 94 ans	26	2	7,7	24	92,3	"
95 ans et plus	2	0	-	2	100	"
	490	138		352		

N.B. Les pourcentages se lisent horizontalement.

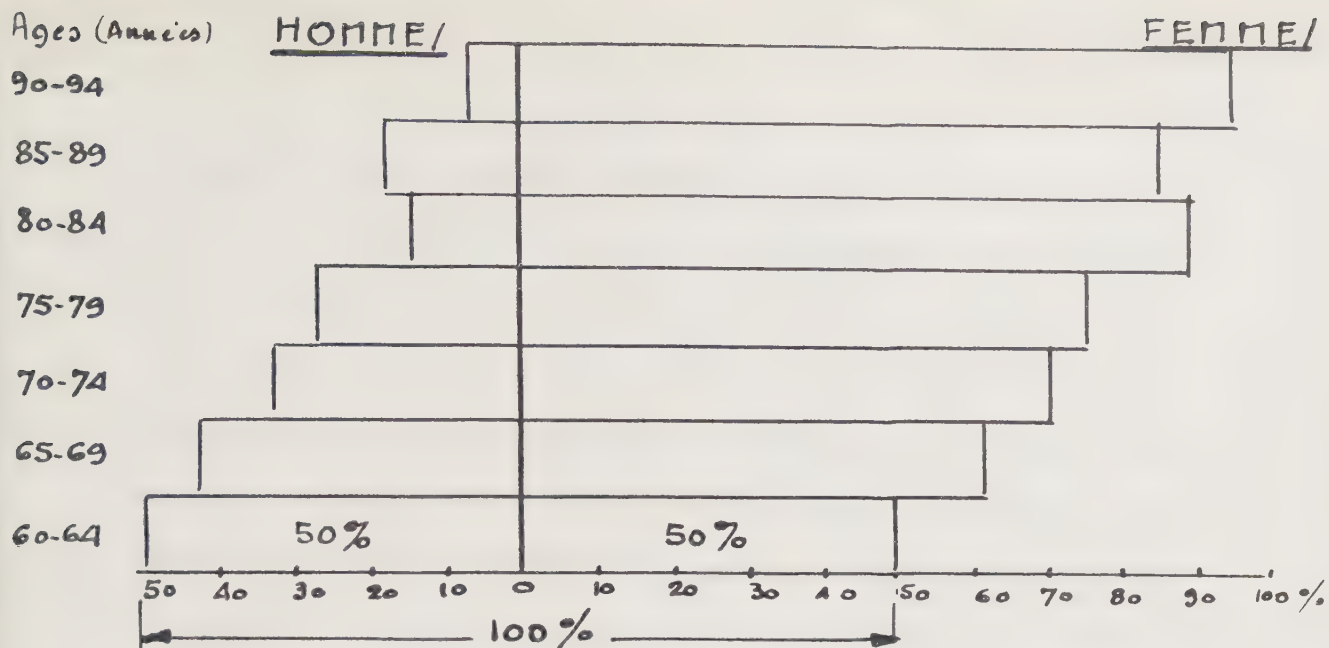


FIG. 5 . Histogramme de répartition des Sexes en fonction de l'âge

Population vivante de la Charité' (490 sujets - Mars 1965)

(La classe 95 ans et plus, n'est pas représentée en raison de son effectif insuffisant) .

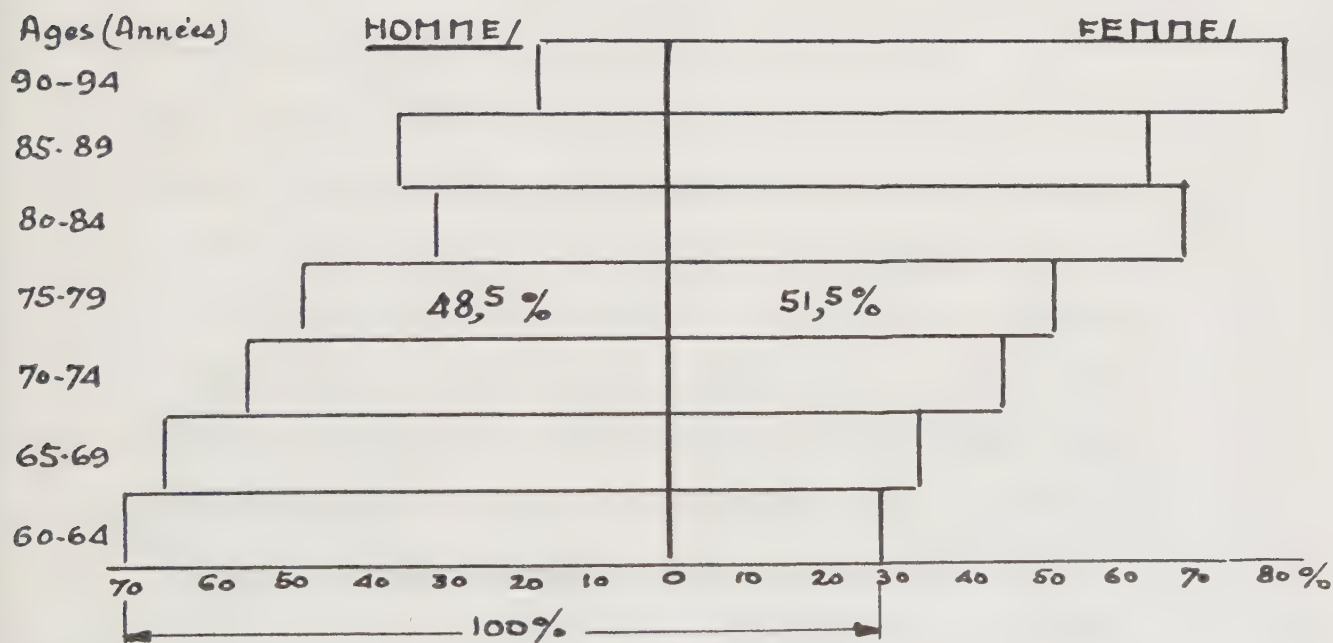


FIG. 6 . Histogramme de répartition des Sexes en fonction de l'âge, le total de chaque sexe étant ramené auparavant à 100%.

Population vivante de la Charité' (490 sujets - Mars 1965)

de la pyramide des âges, d'examiner la répartition des sexes selon l'âge en supprimant la différence d'effectif, c'est à dire en ne tenant pas compte du fait qu'il y a trois fois plus de femmes que d'hommes. Ce qui revient encore à examiner le comportement propre à la population de chaque sexe en fonction de l'âge ; pour cela, nous avons construit le même histogramme que précédemment en remplaçant les nombres d'hommes et de femmes dans chaque classe par leur pourcentage de la population totale d'hommes et de femmes^(°) (c'est à dire 138 hommes = 100 % et 352 femmes = 100%) et en rapportant ces nombres au total de leur classe identifié à 100 (Tableau III). Bref, il s'agit de l'expression, sous forme d'histogramme, de la répartition des sexes à partir des données de la pyramide des âges en pourcentage.

On constate encore (fig. 6) la décroissance masculine et la progression féminine régulière avec l'âge, avec une classe terminale entièrement dépourvue d'homme ; cependant, l'équilibre des deux populations ne se trouve plus au niveau de la classe initiale, mais à celui de la classe médiane (75-79 ans) ; on retrouve ainsi la différence caractéristique de comportement selon l'âge des populations masculine et féminine : de plus en plus d'hommes (proportionnellement) dans les classes inférieures, de plus en plus de femmes dans les âges supérieurs - le point critique : 75 - 79 ans -.

(°) Nous tenons à préciser que nous n'attachons pas à ces pourcentages, portant sur des effectifs parfois réduits, une importance pour eux-mêmes. Il s'agit d'un schéma commode destiné à matérialiser l'équilibre hommes-femmes dans une même classe d'âge.

TABLEAU III

REPARTITION DES SEXES EN FONCTION DE L'AGE

CLASSES	HOMMES	FEMMES	TOTAL
60 à 64 ans	71,9 %	28,1 %	100 %
65 à 69 ans	66,7	33,3	"
70 à 74 ans	55,6	44,4	"
75 à 79 ans	48,5	51,5	"
80 à 84 ans	31,3	68,7	"
85 à 89 ans	36	64	"
90 à 94 ans	17,1	82,9	"
95 ans et plus	0	100	"

ETUDE DE L'AGE D'ENTREE

Les âges extrêmes d'entrée à l'hospice observés chez les sujets présents à la Charité au 1^o Mars 1965 sont 4 et 91 ans, notés chez les femmes, et 5 et 88 ans pour les hommes.

Pour la population de 60 ans et plus, les entrées s'échelonnent de 17 à 91 ans chez les femmes et de 15 à 88 ans chez les hommes.

L'âge moyen d'admission pour cette population (de 60 ans et plus) est de 70 ans, avec une différence de 5 ans d'un sexe à l'autre : 66 ans 2 mois pour les hommes, 71 ans 6 mois pour les femmes.

Pour étudier l'âge d'entrée, nous avons choisi de ne pas tenir compte des âges d'admission inférieurs à 40 ans ; et cela pour deux raisons : tout d'abord, le nombre de sujets ainsi laissés de côté est faible, 4 hommes et 7 femmes, de 15 à 39 ans ; ensuite, le maintien d'effectifs ainsi réduits, dispersés dans cinq classes d'âges, aurait alourdi inutilement les statistiques et leurs représentations graphiques ; enfin, les admissions avant 40 ans concernent des incurables et infirmes placés généralement à l'hospice au décès de leurs parents et se trouvent, de ce fait, un peu en marge de notre étude.

La pyramide des âges (fig. 7), construite à l'aide des classes habituelles (Tableau IV) - à noter que la classe terminale, 90-94 ans est fermée - montre, dans les deux sexes, une croissance à peu près régulière jusqu'à une classe maximale puis une décroissance, également régulière. La classe la plus représentée varie beaucoup d'un sexe à l'autre : 65-69 ans chez les hommes, 75-79 ans chez les femmes, soit un décalage de 10 ans.

Deux faits apparaissent encore :

- la classe 45-49 ans est pratiquement vide chez les hommes (1 sujet) et marque un hiatus dans la progression régulière.
- Mise à part cette classe, la pyramide est à peu près symétrique, malgré la différence des effectifs masculin et féminin, jusqu'à 65 ans.

La construction, à l'aide d'effectifs exprimés en pourcentage (Tableau V) de la pyramide des âges (fig. 8) confirme la prépondérance des classes 65-69 ans chez les hommes et 75-79 ans chez les femmes, et, plus nettement encore que la précédente pyramide, la répartition croissante des entrées de part et d'autre de ces classes maximales ; les entrées féminines apparaissent plus abondantes après 70 ans, tandis qu'avant cet âge, les classes masculines l'emportent (en pourcentage) : 63 % des hommes entrent avant 70 ans et 64 % des femmes après.

Il faut noter que, pour les hommes, l'âge moyen des entrées (66 ans) se situe dans la classe la plus représentée tandis qu'il n'en est pas de même chez les femmes, où la moyenne des âges d'entrée (71 ans 1/2) se trouve dans la classe immédia-

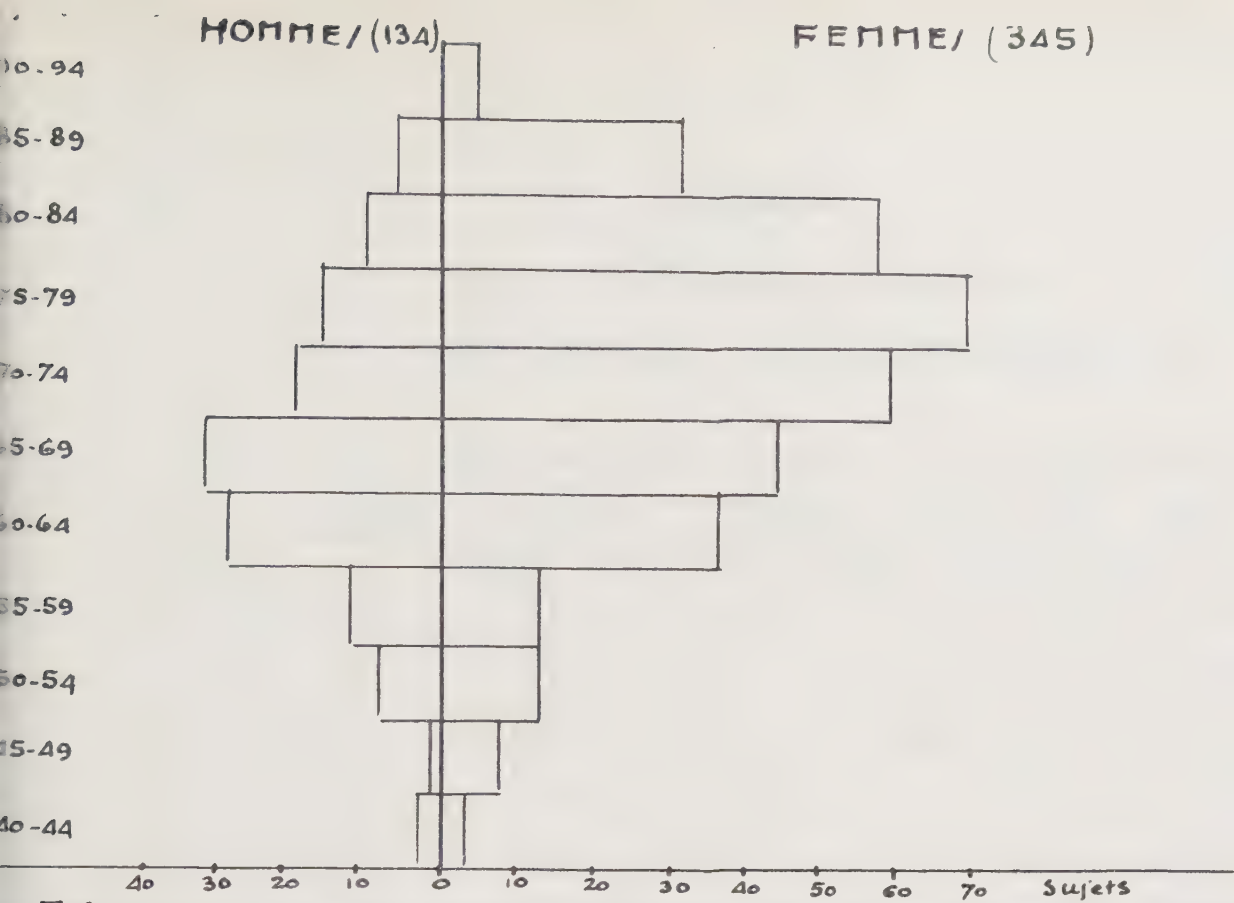


Fig. 7 Pyramide des âges d'entrée à la Charité des sujets de 60 ans et plus, entrés après 40 ans - (1^{er} Jan 1965: 479 sujets).

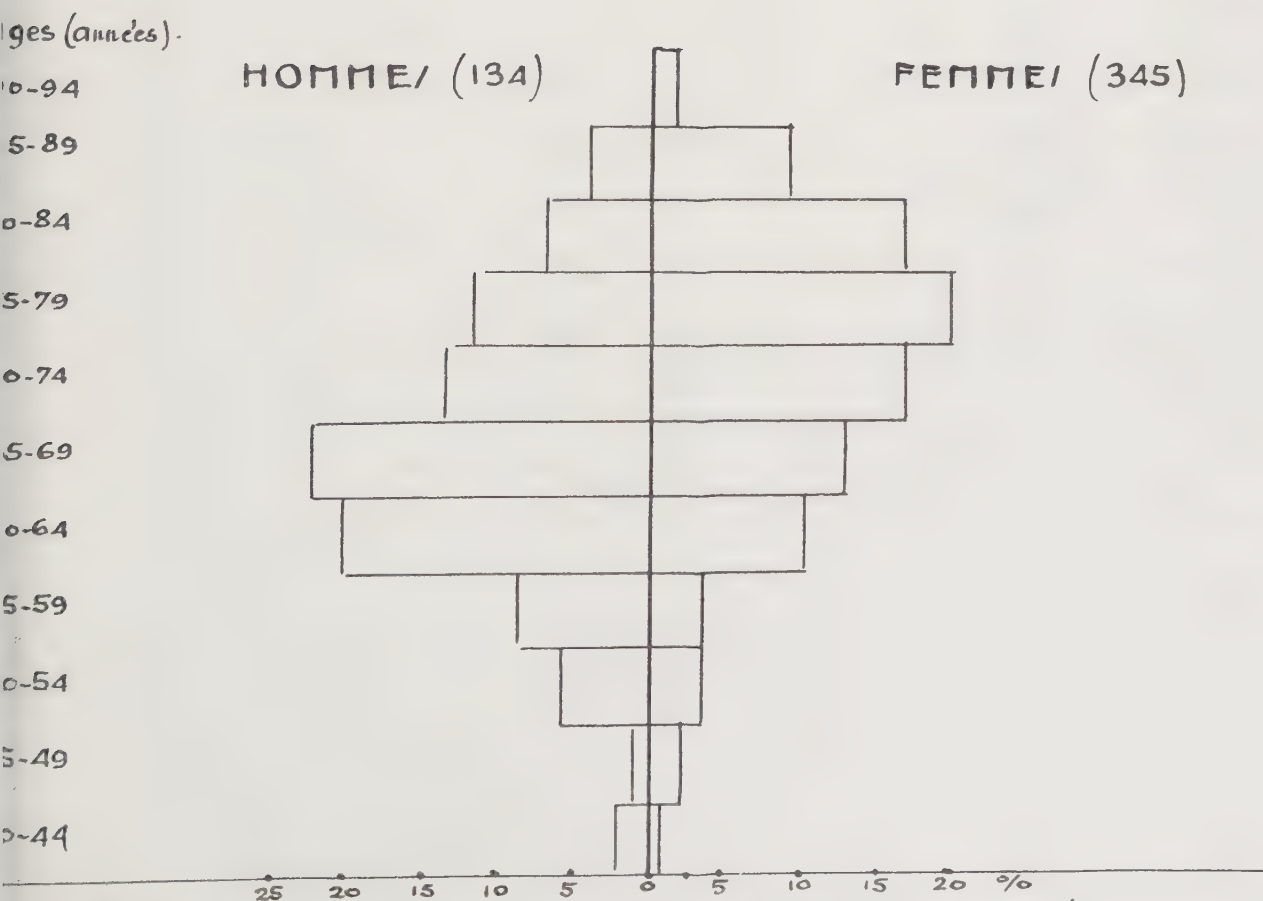


Fig. 8 Pyramide des âges d'entrée à la Charité des sujets de 60 ans et plus entrés après 40 ans - (1^{er} Mars 1965: 479 sujets)

TABLEAU IV

AGE D'ENTREE A L'HOSPICE DE LA CHARITE
DES SUJETS VIVANTS AU 1^o MARS 1965, AYANT 60 ANS ET PLUS

AGE	%	HOMMES	%	FEMMES
15 à 19	1,4)	2)	0,3)	1)
20 à 24	)	)	0,6)	2)
25 à 29	) -2,8	)	0,3)	-2,1 1)
30 à 34	0,7)	1)	0,3)	1)
35 à 39	0,7)	1)	0,6)	2)
40 à 44	2,1	3)	1,2	4)
45 à 49	0,7	1)	2,3	8)
50 à 54	5,8	8)	3,7	13)
55 à 59	8,7	12)	3,7	13)
60 à 64	20,3	28	10,5	37
65 à 69	22,5	31	12,8	45
70 à 74	13,8	19	17	60
75 à 79	11,6	16	19,9	70
80 à 84	7,2	10	16,5	58
85 à 89	4,3	6	9,1	32
90 à 94			1,4	5
95 et plus				
Total :	99,8	138	100,2	352

TABLEAU V

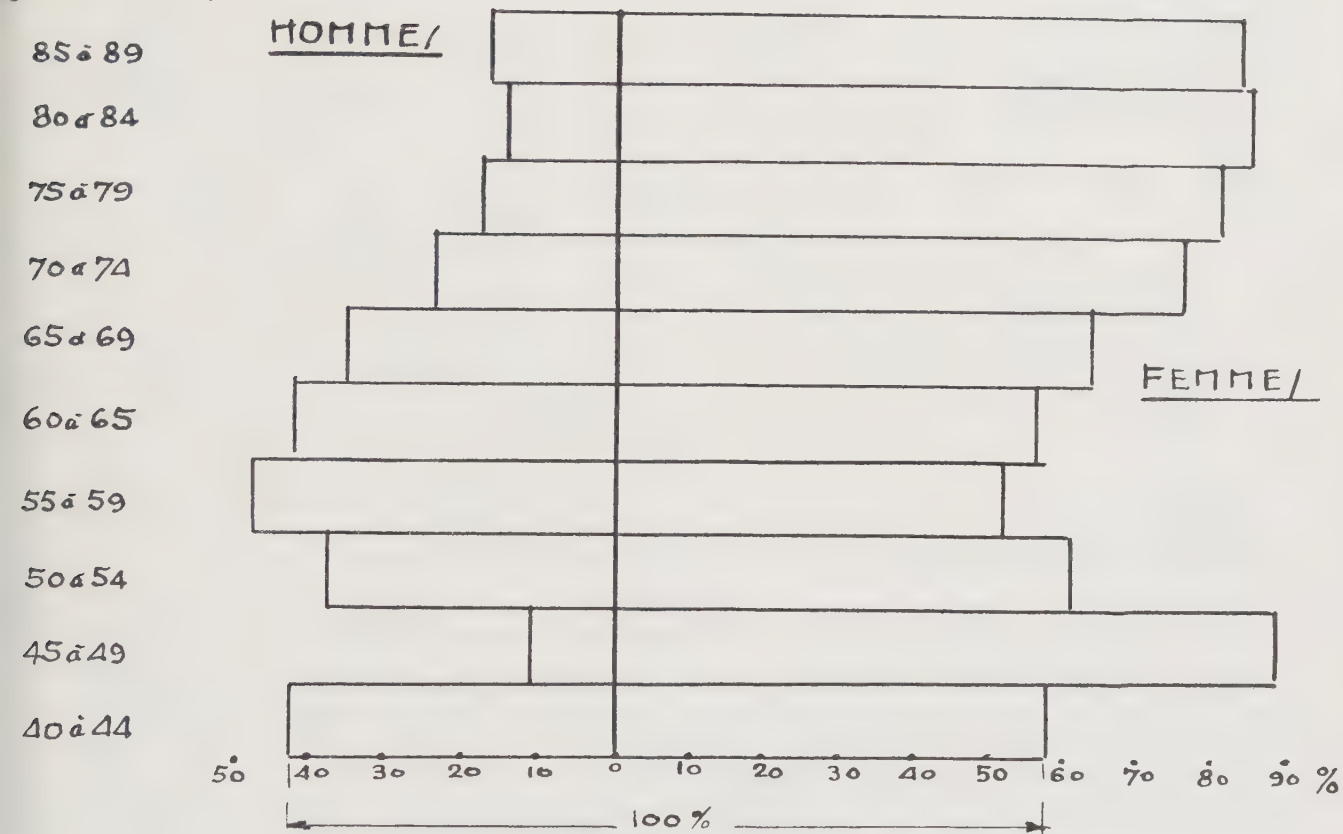
REPARTITION DES AGES D'ENTREE EN FONCTION DU SEXE

AGE	REPARTITION NUMERIQUE			POURCENTAGE		
	HOMMES	FEMMES	TOTAL	HOMMES	FEMMES	TOTAL
40 à 44 ans	3	4	7	43	57	100
45 à 49 ans	1	8	9	11,1	88,9	"
50 à 54 ans	8	13	21	38,1	61,9	"
55 à 59 ans	12	13	25	48	52	"
60 à 64 ans	28	37	65	43,1	56,9	"
65 à 69 ans	31	45	76	36	64	"
70 à 74 ans	19	60	79	24	76	"
75 à 79 ans	16	70	86	18,3	81,7	"
80 à 84 ans	10	58	68	14,7	85,3	"
85 à 89 ans	6	32	38	15,8	84,2	"
90 à 94 ans		5	5		100	
Total	134	345	27,6	27,6	72,4	100
<u>A noter :</u>	Les totaux de populations 134 et 345 et non 138 et 352 car on a oté les entrées survenues avant l'âge de 40 ans : 4 hommes et 7 femmes.					

TABLEAU VI
REPARTITION DES SEXES EN POURCENTAGE

AGES	HOMMES	FEMMES
40 à 44 ans	63,6	36,4
45 à 49 ans	23,3	76,7
50 à 54 ans	61,1	38,9
55 à 59 ans	70,2	29,8
60 à 64 ans	65,9	34,1
65 à 69 ans	63,7	36,3
70 à 74 ans	44,8	55,2
75 à 79 ans	36,8	63,2
80 à 84 ans	30,4	69,9
85 à 89 ans	32,1	67,9
90 à 94 ans	0	100

ges- (Années)



G-9. Histogramme de répartition des Sexes en fonction de l'âge d'entrée

Population vivante de la Charité' (490 Sujets - Mars 1965)

(la classe 90-95 n'est pas représentée en raison de son effectif insuffisant)

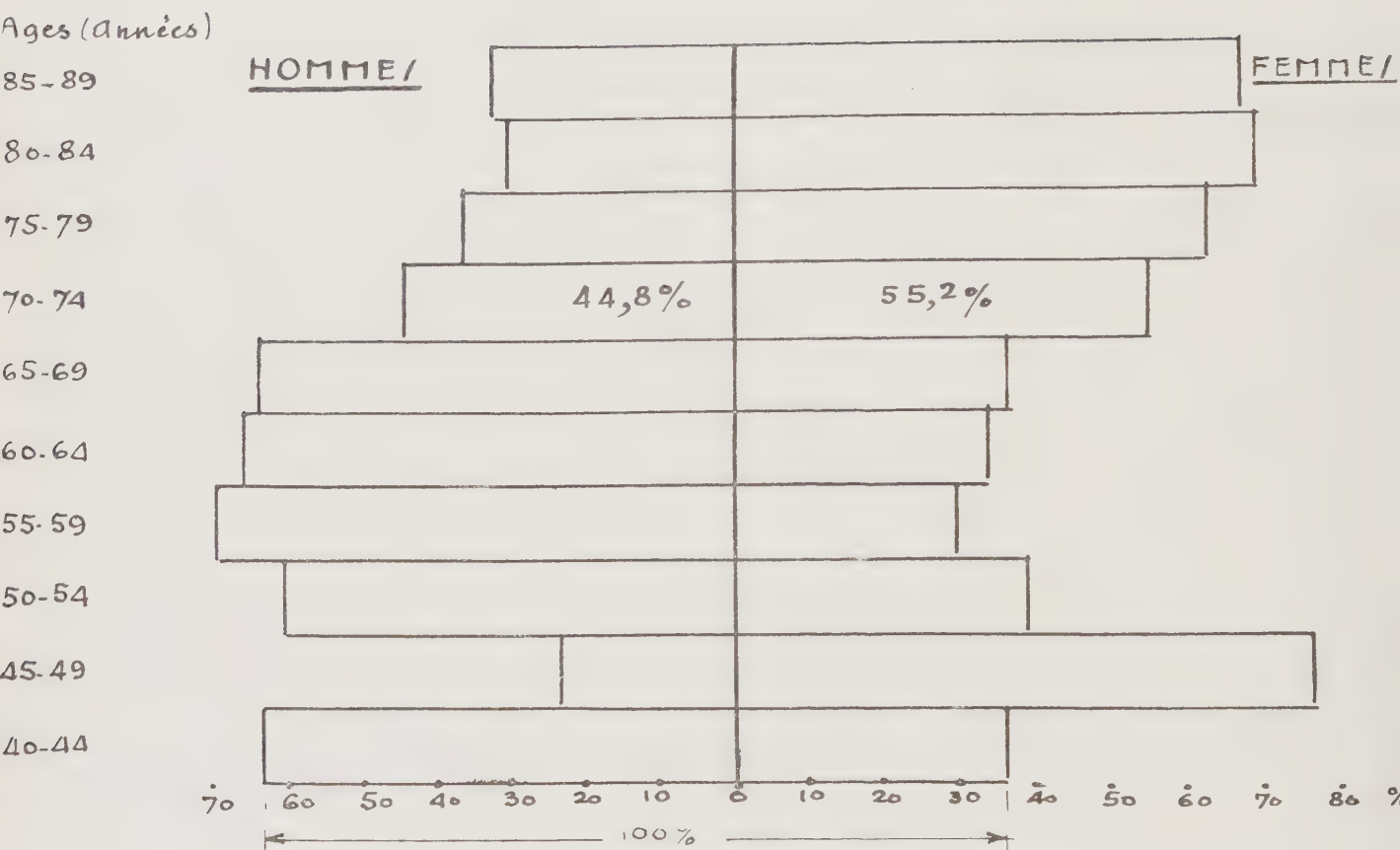


FIG. 10. Histogramme de répartition des Sexes en fonction de l'âge d'entrée, le total de chaque sexe étant ramené auparavant à 100%.

Population vivante de la Charité' (490 Sujets. Mars 1965).

tement inférieure à la classe la plus abondante. Ceci s'explique par l'importance relativement grande du nombre de femmes entrées avant 60 ans (abaissant donc la moyenne) : 45, et surtout avant 75 ans : 187, soit 53,3 % ; tandis que chez les hommes, avant 65 ans (la classe la plus représentée et qui contient l'âge moyen), il n'est entré que 56 sujets, soit 40,4 %. D'autre part, la classe majoritaire représente 19,9 % des entrées chez les femmes alors qu'elle en représente 22,5 % chez les hommes.

La prépondérance des classes maximales, telle que la montre la pyramide des âges en pourcentage, appelle quelques remarques :

- Chez les hommes, la classe immédiatement inférieure (60-64 ans) se détache nettement des autres et suit de près la maximale (20,3 et 22,5 %) ; autrement dit, on assiste à une brusque augmentation des entrées masculines à 60 ans, puisque de la classe 55-59 ans (8,7 %) on passe, avec un décalage de 11,6 %, aux classes 60-64 et 65-69 ans totalisant à elles deux 42,8 % des entrées.

- Chez les femmes, on observe une augmentation progressive ; le décalage le plus ample est noté, avec 6,8 %, entre les classes 55-59 et 60-64 ans.

Bref, on note un massif afflux masculin de 60 à 69 ans, se ralentissant nettement ensuite, tandis que l'augmentation féminine s'étale progressivement, pour culminer, d'assez peu d'ailleurs, à 75-79 ans.

Ces faits apparaissent également sur l'histogramme de répartition des sexes (fig. 9), construit comme précédemment avec les pourcentages hommes-femmes dans chaque classe (Tableau VI): la proportion d'entrées masculines, assez importante jusqu'à 70 ans (36 % à 65-69 ans), s'abaisse nettement au delà (24 %) ; les entrées sont de plus en plus féminines à mesure qu'elles se font à un âge plus avancé ; la progression est assez régulière, surtout après 55 ans (avec l'accentuation à 70 ans correspondant à la chute du pourcentage masculin). On retrouve l'absence presque totale d'entrées d'hommes de 45 à 49 ans.

L'histogramme de la répartition des sexes construit, comme on l'a fait pour l'âge actuel, à partir des effectifs de classes exprimés en pourcentage de la population totale de chaque sexe, met davantage en évidence (fig. 10) le décalage du centre de gravité des entrées selon le sexe, vers les âges supérieurs pour les femmes, vers les âges inférieurs pour les hommes, avec la limite, déjà notée, de 70 ans.

En résumé, il ressort que les hommes entrent à l'hospice surtout avant 70 ans, avec un afflux massif de 60 à 69 ans ; les entrées féminines s'étalent sur tous les âges, mais interviennent surtout après 70 ans, avec une prédilection modérée à 75-79 ans.

CORRELATIONS DE L'AGE ACTUEL ET DE L'AGE D'ENTREE

L'étude du comportement "à l'entrée" de la population en fonction de l'âge actuel permet de préciser et de relier, en les comparant, les résultats des examens de l'âge actuel et de ceux de l'âge d'entrée, et finalement d'en esquisser une synthèse.

Pour faciliter cette étude, nous avons construit un tableau de corrélation (Tableau VII), à deux entrées : verticale pour l'âge à l'entrée, horizontale pour l'âge actuel ; les âges sont répartis en classes de 5 ans, de 40 à 94 ans pour l'entrée, de 60 à 95 ans et plus pour l'âge actuel. Chaque case du tableau se trouve à l'intersection des deux classes d'âge et porte le nombre des sujets ayant actuellement (c'est-à-dire au 1^o Mars 1965) l'âge de la classe verticale et entrés à l'âge de la classe horizontale.

En ce qui concerne la population masculine, rappelons que, quant à l'âge, son comportement est très différent à l'entrée et lors du recensement :

- on note à l'entrée un afflux massif de 60 à 69 ans (43 %)
- au recensement, 80 % des hommes ont moins de 80 ans, avec deux classes prépondérantes, 65-69 ans et 75-79 ans, totalisant à elles deux 45,8 %.

Si nous considérons le tableau de corrélation, nous notons que près des trois quarts (73 %) des sujets sont entrés à partir de l'âge marquant le début de la classe immédiatement avant celle de l'âge actuel. Le tableau VIII fournit en détail la proportion des entrées survenues, pour chaque classe d'âge actuel, au cours de la même classe d'âge ou depuis le début de la classe précédente (par exemple, pour les sujets de 75 à 79 ans, le pourcentage d'entrées depuis l'âge de début de la classe précédente dépasse les trois quarts pour les sujets de 60 à 64 ans et 70 à 74 ans, s'en approche pour les sujets de 65 à 69 ans, est des deux tiers pour ceux de 75 à 84 ans, dépasse les quatre cinquièmes après 85 ans. La proportion des entrées intervenues à partir de l'âge de début de la classe d'âge actuel considérée (donc concernant des classes identiques d'âges d'entrée et actuel) est différente dans son évolution : avant 70 ans, la moitié (48%) des sujets sont entrés à partir de l'âge marquant le début de leur propre classe d'âge actuel. Après 70 ans, il existe une remarquable stabilité de cette proportion avec un peu plus du tiers des entrées de chaque classe d'âge actuel effectué au cours de cette même classe ; exemple : 35 % des sujets ayant 80 à 84 ans lors du recensement sont entrés entre 80 et 84 ans ...

Autrement dit, chez les hommes de 60 à 70 ans, les entrées sont condensées dans une tranche temporelle relativement réduite : les trois quarts depuis l'âge de début de la classe précédente (55 à 60 ans), la moitié depuis l'âge de début de la même classe (60 et 65 ans) ; chez les sujets de plus de 70 ans,

TABLEAU VII

TABLEAU DE CORRELATION EN NOMBRE DE SUJETS

AGES ACTUELS

AGES D'ENTREE	60-64		65-69		70-74		75-79		80-84		85-89		90-94		95 et plus		TOTAL	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
90-94														4		1		5
85-89											4	16	2	16		0	6	32
80-84									5	32	5	24		1		1	10	58
75-79							11	35	4	31	1	4		0			16	70
70-74					8	17	9	31	2	7	0	3		2			19	60
65-69					8	17	7	4	2	6	1	1		1			31	45
60-64	14	7	10	13	2	10	2	5	0	1		1					28	37
55-59	5	6	4	5	2	1	0	0	1	1							12	13
50-54	4	2	3	5	1	1	0	5									8	13
45-49	0	3	0	1	0	2	1	2									1	8
40-44	1	2	2	1	0	1											3	4
Total	24	20	32	41	21	49	30	82	14	78	11	49	2	24		2	134	345

A noter : Les totaux de populations 134 et 345 et non 138 et 352 car on a ôté les entrées survenues avant l'âge de 40 ans : 4 hommes et 7 femmes.

TABLEAU DE CORRELATIONS EN POURCENTAGES

[illegible]

les entrées sont plus étalées dans le temps : un tiers dans la même classe, un tiers dans la classe précédente, un tiers avant.

Le groupement des entrées, chez les sujets de moins de 70 ans, suggère une cause unique ou du moins, un faisceau convergent de cause unique ou, du moins, un faisceau convergent de causes amenant l'entrée à l'hospice ; après 70 ans, la distribution des âges d'entrée, c'est-à-dire le choix de leur âge d'entrée par les vieillards, plus uniformément étalé, paraît se faire au hasard, ou, ce qui revient au même en fin de compte, au gré de causes très diverses.

Parmi les causes importantes, on peut soupçonner l'arrêt de la vie active consécutif à la mise à la retraite (à 60 ou 65 ans (°)) et l'isolement, à qui la retraite donne toute sa valeur. L'isolement sera étudié à part, lorsque nous aborderons le problème de la condition civile des pensionnaires de l'hospice. Le rôle de la mise à la retraite est confirmé par l'existence d'un accroissement important des entrées à 60-64 ans et 65-69 ans, visibles jusque chez les sujets de 79 ans, comme le montre nettement le tableau VII - à partir de 70 ans, toutefois, ce rôle n'est plus prépondérant et d'autres facteurs interviennent pour amener bon nombre d'entrées plus tardives, comme nous l'avons déjà noté - ; ainsi : - passage de 5 entrées entre 55 et 59 ans à 14 entre 60 et 64 (pour les sujets de 60-64 ans).

- passage de 4 entrées entre 55 et 59 ans à 10 entre

(°) Nous préciserons ce point à la fin de cette seconde partie.

60 et 64 (pour les sujets de 65-69 ans).

- et 13 entrées entre 65 et 69 ans pour les sujets de 65-69 ans.

- passage de 2 entrées entre 60 et 64 ans à 8 entre 65 et 69 (pour les sujets de 70-74 ans).

- passage de 2 entrées entre 60 et 64 ans à 7 entre 65 et 69 (pour les sujets de 75-79 ans).

On retrouve, ainsi, les deux classes prépondérantes d'âge à l'entrée 60-64 et 65-69 ans.

Deux remarques s'imposent aussitôt :

- Premièrement, l'utilisation de classes d'âge de 5 ans ne permet pas l'étude précise des périodes de transition tel que l'âge de la retraite. Aussi, avons-nous repris l'histogramme des âges d'entrée en le construisant année par année de 55 à 75 ans (fig. II). Il apparaît de cette façon qu'un afflux massif se produit à 61 et 62 ans ; les entrées reprennent assez nombreuses à 65 ans, se maintiennent jusqu'à 68 ans puis vont en diminuant. Le décrochement entre 64 et 65 ans est peu significatif, étant donné la petitesse des effectifs en cause et nous retiendrons essentiellement un afflux d'entrées à l'âge de 61 à 62 ans, se poursuivant, plus modérément, jusqu'à 69 ans. Au delà, les variations d'une année à l'autre ne peuvent être considérées comme significatives.

- Deuxièmement, le nombre des sujets âgés de plus de 70 ans lors du recensement et entrés à 60-64 ans est remarquablement bas, en particulier pour la classe 75-79 ans d'âge actuel,

Âges. (années).

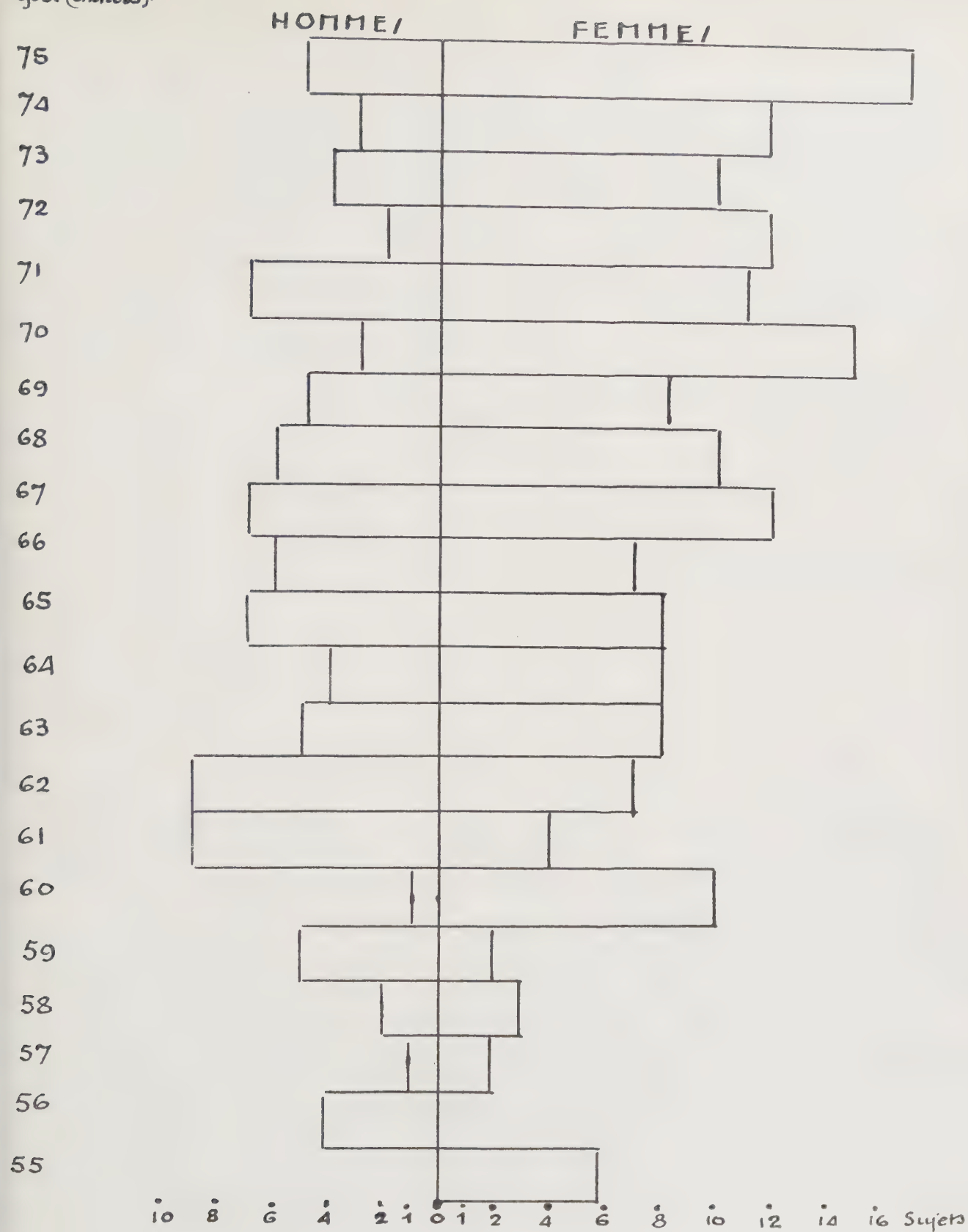


FIG. 11. Pyramide des Âges d'entrée, année par année de 55 à 75 ans.
Population vivante de la Charité' (490 sujets. Mars 1965).

une des plus importantes cependant ; pour s'en tenir à cette seule classe, que sont devenus les sujets nés de 1886 à 1890, admis à la Charité de 1946 à 1954, entre 60 et 64 ans ?

Nous essayerons de répondre à cette question à la fin de cette étude ; mais nous pouvons d'ores et déjà soulever trois hypothèses :

- Ces sujets admis à l'hospice à 60-64 ans et qui seraient âgés actuellement de plus de 70 ans, sont-ils sortis de la Charité avant d'atteindre cet âge ?

- Sont-ils décédés ?

- Mais, peut-être ne sont-ils jamais entrés à l'hospice...



La population des femmes, qui fait à son tour l'objet de notre examen, offre à l'observation un comportement analogue à l'entrée et lors du recensement, comme nous l'avons mis en évidence : les deux tiers (64 %) des femmes entrent à l'hospice après 70 ans, plus de la moitié entre 70 et 84 ans (53,4 %). - Au recensement, 68 % des pensionnaires femmes ont plus de 74 ans et près de la moitié (46 %) entre 75 et 84 ans. Il y a concordance, si l'on tient compte d'un décalage de cinq années. -

Le tableau de corrélation (tableau VII) montre que les trois quarts (76,8 %) des sujets sont entrés après

l'âge de début de la classe immédiatement avant celle de leur âge actuel. En détail (tableau VIII): les deux tiers - légèrement plus - des pensionnaires de moins de 75 ans au recensement sont entrés à partir de l'âge de début de la classe précédente ; cette proportion passe aux quatre cinquièmes après 75 ans. La fraction des entrées intervenues à partir de l'âge de début de chaque classe d'âge actuel est remarquablement constante puisque, jusqu'à 85 ans, elle représente la moitié des entrées que nous venons d'envisager ; un tiers jusqu'à 75 ans, deux cinquièmes de 75 à 85 ans. Ainsi, chez les sujets âgés de 80 à 84 ans, 80,8 % sont entrés à 75 ans et plus, 81 % à 80 ans et plus.

Il apparaît, de cette façon, que les entrées des femmes de moins de 75 ans sont étalées dans le temps : un tiers dans la même classe d'âge, un tiers dans la classe précédente, et un tiers aux âges inférieurs. Les femmes de plus de 75 ans ont des âges d'entrée assez étroitement groupés : les quatre cinquièmes depuis l'âge de début de la classe précédente, les deux cinquièmes depuis l'âge de début de la même classe. Après 85 ans, un tiers seulement entre à un âge égal ou supérieur à celui du début de la même classe.

En appliquant à la population féminine les mêmes hypothèses qu'aux hommes, nous en venons à supposer qu'avant 75 ans, des causes très diverses amènent les femmes à choisir d'entrer à l'hospice ou les y contraignent, à un âge très variable ; celles ayant atteint ou dépassé 75 ans sont entrées de façon plus massive, dans les années précédant le recensement en raison, vraisemblable-

blement, de causes convergentes : isolement, souvent créé par le décès du conjoint, difficultés croissantes à maintenir une autonomie de vie suffisante. Nous envisagerons ces facteurs plus en détail.

Il existe une influence certaine des arrêts de travail par retraite ; on note, en effet (tableau VII) :

- passage de 5 entrées entre 55 et 59 ans à 13 entrées 65 et 69 ans pour les sujets de 65-69 ans.
- passage de 1 entrée entre 55 et 59 ans à 10 entre 70 et 74 ans pour les sujets de 70-74 ans.

Cette influence demeure, toutefois, limitée car les deux classes qui la révèlent (65-69 et 70-74 ans) viennent, par ordre d'importance numérique de population, respectivement au quatrième et au troisième rang.

L'histogramme des âges d'entrée année par année (fig. 11) montre un afflux massif à 60 ans, se maintenant avec quelques oscillations (à noter le petit nombre d'entrées à 61 ans) jusqu'à 70 ans où se produit une nouvelle augmentation des entrées qui restent nombreuses jusqu'à 75 ans où s'observe encore un accroissement. L'allure générale est celle d'une progression relativement régulière du nombre des entrées annuelles depuis 60 ans - ce que l'étude des classes d'âges nous avait montré : 60-64 ans, 37 entrées. - 65-69 ans, 45 entrées. - 70-74 ans, 60 entrées. - 75-79 ans, 70 entrées.

Comme dans le cas des hommes, la question se pose aussitôt de savoir ce que sont devenues les pensionnaires admises entre 60 et 70 ans et maintenant âgées de plus de 74 ans.

Au terme de l'étude de chaque sexe considéré séparément, nous pouvons définir un certain nombre de points communs et de différences.

Les trois quarts des pensionnaires sont entrés à l'hospice à partir de l'âge marquant le début de la classe précédant immédiatement celle qui contient leur âge actuel. L'examen détaillé de chaque classe d'âge révèle un étalement des âges d'entrée ($1/3$ dans la même classe d'âge, $1/3$ aux âges compris dans la classe précédente, $1/3$ à un âge inférieur) après 70 ans chez les hommes, avant 75 ans chez les femmes ; inversement, avant 70 ans chez les hommes et après 75 ans chez les femmes, les entrées se font, pour la plupart (les trois quarts) à un âge compris dans leur propre classe d'âge actuel.

Nous avons admis que les entrées à des âges régulièrement répartis correspond à des causes variables et diverses, les entrées groupées dans un petit intervalle d'âges étant amenées par des causes convergentes.

En d'autres termes, les hommes sont admis principalement entre 60 et 70 ans, les femmes plus régulièrement au fil des âges, avec une nette accentuation de 75 à 85 ans, donc plus tardivement. Cet afflux massif, lié à des causes convergentes, se traduit par une population masculine en majorité au-dessous de 80 ans, une population féminine au-dessus de 75 ans pour la plus grande partie.

L'étude de la durée de séjour découle immédiatement du rapprochement de l'âge d'entrée à l'hospice et de l'âge actuel ;

elle peut paraître quelque peu superflue mais elle permet de préciser certains points, par la notion de quantité de temps qu'elle fait intervenir et non plus de simples comparaisons d'âge.

DUREE DE SEJOUR SELON L'AGE

Les renseignements à partir desquels ont été reconstituées les durées de séjour à l'hospice consistaient en l'année d'admission ; les durées découlent d'une simple soustraction de cette année d'admission à 1965, l'année du recensement.

Deux remarques peuvent être aussitôt formulées :

- d'une part, nous ne possédons aucune précision quant au mois de l'entrée ; la plus petite unité de temps dont nous disposons est l'année, ce qui ne laisse pas d'amener un certain nombre d'approximations, voire d'inexactitudes : notre recensement ayant été mis en place le 1^o Mars 1965 et la durée de séjour étant obtenue par soustraction d'années comme nous le disions à l'instant, les sujets comptés comme ayant zéro année de présence, c'est-à-dire moins d'une année - l'utilisation de l'année comme unité entraînant un véritable système de classes de durée - ces sujets ont, en fait, seulement de 0 à 2 mois ; les sujets considérés comme ayant un an de présence, donc entrés en 1964, sont en réalité présents

TABEAU IX

DUREES DE SEJOUR CHEZ LES SUJETS AYANT PLUS DE 60 ANS ACTUELLEMENT

SEXE	SEJOUR EXTREMES	AGE D'ENTREE	AGE ACTUEL
Masculin Veuf	1 an } les plus bas chez 4 ans } les personnes les } plus âgées	88 ans 91 ans	89 ans 95 ans
Féminin Veuve			
Masculin Célibataire	60 ans } 56 ans } les plus élevés	17 ans 22 ans	77 ans 78 ans
Féminin Célibataire			
Masculin Célibataire	56 ans	14 ans } âges 17 ans } d'entrée } les plus } jeunes	70 ans 63 ans
Féminin Célibataire	46 ans		

TABIEAU X

DUREE DE SEJOUR PAR SEXE

DUREE	HOMMES %	FEMMES %	TOTAL %
0 à 4 ans	81 58,7	211 59,9	292 59,6
5 à 9 ans	26 18,8	68 19,3	94 19,2
10 à 14 ans	16 11,7	33 9,4	49 10,1
15 à 19 ans	4 2,9	15 4,5	19 4,1
20 à 24 ans	6 4,3	8 2,3	14 2,8
25 à 29 ans	1 0,7	6 1,7	7 1,4
30 à 34 ans	2 1,4	6 1,7	8 1,6
35 ans et plus	2 1,4	5 1,4	7 1,4
TOTAL	138 100	352 100	490 100

depuis 2 à 14 mois ... et ainsi de suite.

- d'autre part, le procédé qui consiste à pratiquer une coupe "horizontale", c'est-à-dire "ici et maintenant" et à examiner les durées de séjour écoulées jusqu'à cet instant donné peut sembler quelque peu arbitraire, prenant en quelque sorte ces durées "en marche", sans en attendre le terme et défavorisant, si l'on peu dire, les sujets admis depuis peu, en ne leur laissant pas le temps de séjourner "suffisamment". En réalité, ce procédé conserve à notre étude le caractère dynamique que possède son objet et la date du recensement ayant été choisie pour des raisons extérieures à l'hospice, les durées écoulées jusqu'à ce jour n'ont aucune prédetermination dont nous puissions être tenu pour responsables.

Les durées extrêmes de séjour que nous avons notées sont (Tableau IX) :

- moins d'un an, c'est-à-dire de 0 à 2 mois, observée chez un certain nombre de pensionnaires des deux sexes.
- 60 ans, observée chez un homme entré à l'âge de 17 ans.
- le séjour féminin le plus long a été trouvé de 56 ans chez une pensionnaire entrée à 22 ans.

Le doyen des hommes (91 ans) est à l'hospice depuis 5 ans ; la doyenne des femmes (97 ans) depuis 13 ans.

La durée moyenne est la même pour les deux sexes : 6 ans 4 mois chez les hommes, 6 ans 5 mois chez les femmes.

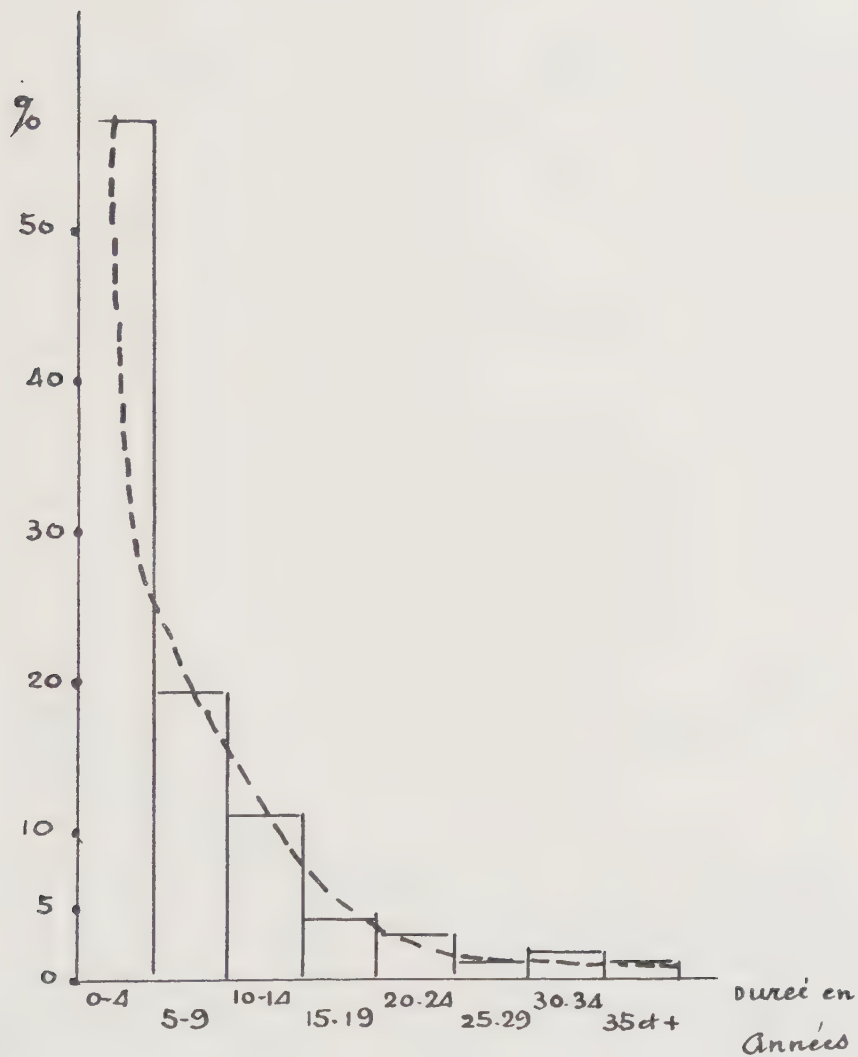


FIG. 12 . Répartition des durées de séjour en classes de 5 ans - Effectifs exprimés en % de la population totale Population vivante de la Charité (490 sujets - Mars 1965).

DURÉE EN ANNÉE/

34 an/.

HOMME/ ———

FEMME/ - - - - -

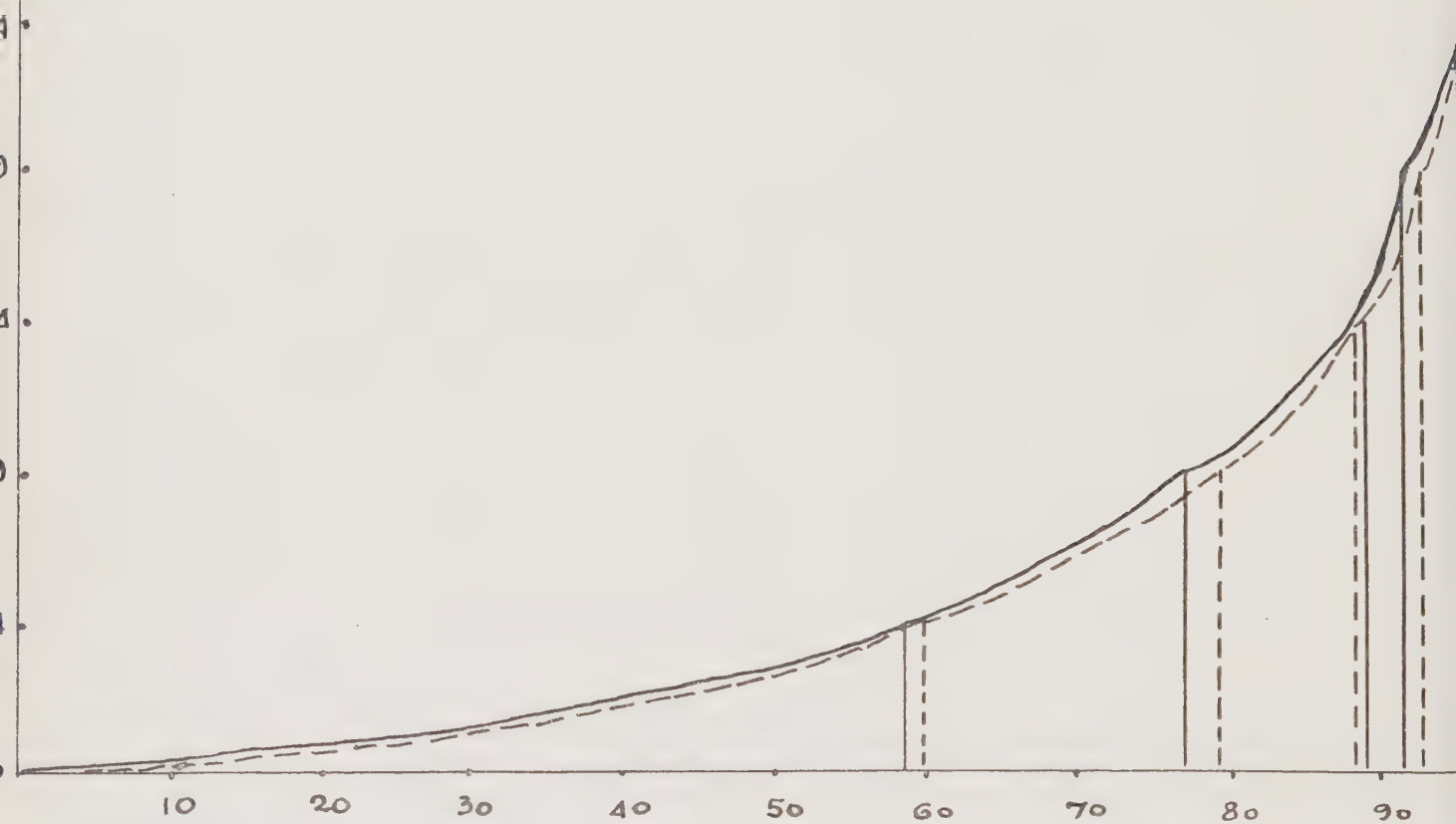


FIG. 13. Courbe cumulative des sujets présents à la Charité' selon leur durée.
Population vivante de la Charité' (490 sujets - Mars 1965).

La répartition des durées de séjour en sept classes de cinq ans, avec une classe terminale ouverte à partir de 35 ans, montre (Tableau X) que les trois cinquièmes (59,6 %) des pensionnaires se trouvent à l'hospice depuis moins de cinq ans. La décroissance numérique est ensuite régulière, comme le montre la figure 12. Au delà de 24 ans de présence, la proportion devient à peu près constante, avec un pourcentage tournant autour de 1,5 pour chaque classe.

Les deux sexes ont, en ce qui concernent les durées globales, sans distinction d'âge, un comportement tout à fait semblable ; les différences des populations féminine et masculine d'une même classe de durée n'excèdent pas 2 % (Tableau X). Les courbes cumulatives des hommes et des femmes selon leur durée de séjour sont pratiquement confondues (fig.13). L'analyse détaillée des durées, par année et non plus par classe, apporte certaines précisions, mettant toutefois en évidence quelques différences entre la population de chaque sexe. La pyramide des durée, construite à l'aide des pourcentages totaux du tableau XII, pour les quinze premières années de séjour (fig. 14), montre visiblement ce que nous entendons. D'une part, le pourcentage des présents ayant séjourné zéro année n'a guère de signification, vis-à-vis de l'ensemble, puisque, comme nous l'avons signalé (page 71), il s'agit de sujets entrés dans les deux premiers mois de 1965 : 4,3 % des hommes et 2,8 % des femmes. D'autre part, le maximum des

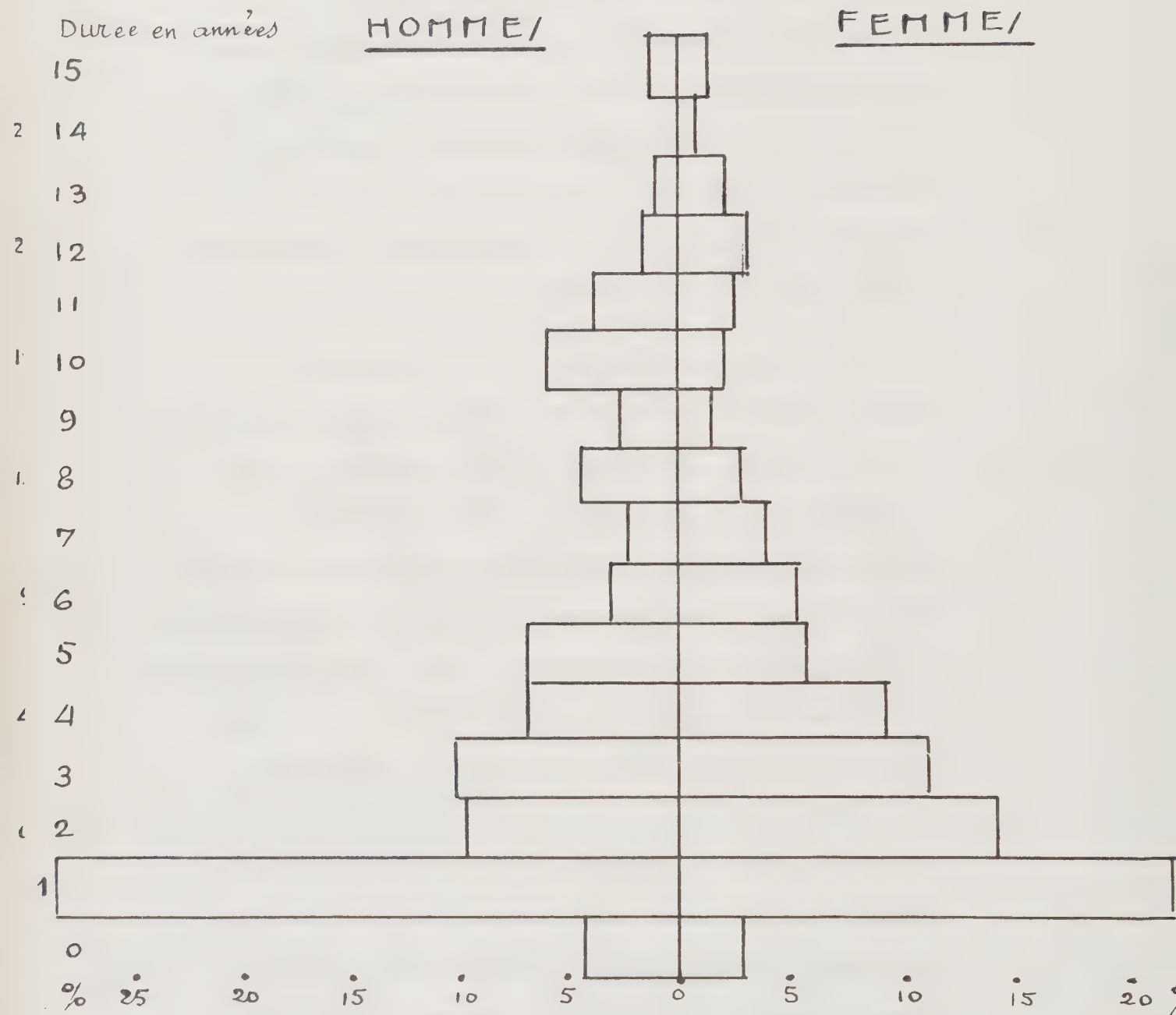


FIG. 14. Durées de séjour, en % des pensionnaires de 60 ans et plus.
Population vivante de la Charité (490 sujets. Mars 1965)

TABLEAU XI

DUREE DE SEJOUR ET AGE ACTUEL

DUREE	60-64		65-69		70-74		75-79		80-84		85-89		90-94		95 et plus		TOTAL	TOTAL	TOTAL
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	F	F	F
0 à 4 ans	16	8	18	24	14	31	18	50	8	47	6	33	1	17	0	1	81	211	292
5 à 9 ans	2	6	7	5	3	6	7	17	2	18	4	11	0	5	0	0	26	68	94
10 à 14 ans	4	3	4	6	3	8	2	7	3	6	0	2	0	0	0	1	16	33	49
15 à 19 ans	0	2	1	4	1	0	1	2	0	5	1	2	0	0	0	0	4	15	19
20 à 24 ans	1	0	1	1	1	0	2	4	1	1	0	2	0	0	0	0	6	8	14
25 à 29 ans	1	1	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	1	6	7
30 à 34 ans	0	3	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	6	8
35 ans et plus	0	1	0	0	1	0	1	2	0	1	0	0	0	1	0	0	2	5	7
Total :	24	24	32	41	24	49	31	84	14	78	11	50	2	24	0	2	138	352	490

présents se situe au niveau d'une année de séjour (2 à 14 mois), puis le nombre décroît d'année en année. Chez les femmes, le maximum est de 22 % ; la décroissance est ensuite à peu près régulière et à partir de huit années de séjour, les pourcentages varient de façon significative. Chez les hommes, le maximum est plus élevé - 28 % - la décroissance est ensuite abrupte (jusqu'à 9,4 %) et se poursuit irrégulièrement. Ces différences restent néanmoins peu marquées.

Il n'en est pas tout à fait de même si nous envisageons maintenant la durée de séjour en fonction de l'âge. Tout au long de cette étude, c'est de l'âge "actuel" - c'est-à-dire constaté lors du recensement - qu'il sera question. Le tableau XI donne la durée de séjour, par classes de cinq ans, en fonction de l'âge, lui aussi exprimé en classes de cinq ans, de 60 à 95 ans et plus. Ces deux tableaux ont servi de base à notre étude et ne sont pas très démonstratifs considérés isolément. Comme près des quatre cinquièmes (78,8 %) des pensionnaires sont à l'hospice depuis moins de dix ans (tableau X), il nous a paru intéressant d'envisager les deux premières classes de séjour (0-4 ans et 5-9 ans) en fonction de l'âge. Le tableau XIII indique, pour chacune des deux classes de durée, le pourcentage des différentes classes d'âge. On retrouve ainsi le décalage des deux sexes quant à l'âge : les hommes surtout avant 80 ans, les femmes surtout après 74 ans. Mais les chiffres en sont cette fois différents ; au recensement (cf. page 43) 80 % des hommes avaient moins de 80 ans et 68 % des femmes plus de 74 ans. Selon la durée :

TABLEAU XII

DUREE DE SEJOUR DES PRESENTS DE PLUS DE 60 ANS PAR CLASSES D'AGE ACTUEL

Durée de séjour	60-64 H F	65-69 H F	70-74 H F	75-79 H F	80-84 H F	85-89 H F	90-94 H F	95 et plus F	Total H %	Total F %	Total Global
1 an	1 0	2 2	1 2	1 4	1 1	0 1	0 0		6 4,8	10 3,2	16
1 an	9 4	10 10	6 7	8 20	2 21	4 11	0 4		39 31,5	77 24,3	116
2 ans	3 1	3 5	1 6	4 9	1 15	1 7	0 8		13 10,5	51 16,1	64
3 ans	1 2	1 3	5 10	2 10	4 6	1 8	1 1		15 12,1	40 12,6	55
4 ans	2 1	2 4	1 6	3 7	0 4	0 6	0 4	1	8 6,5	33 10,4	41
5 ans	0 2	3 1	1 1	1 5	1 5	2 3	0 3		8 6,5	20 6,3	28
6 ans	1 2	1 1	0 1	1 5	0 6	1 3	1 1		5 4,0	19 6,0	24
7 ans	0 2	2 2	1 1	0 4	0 3	0 2	0 1		3 2,4	15 4,7	18
8 ans	1 0	0 1	1 2	3 3	1 1	0 2	0 0		6 4,8	9 2,8	15
9 ans	0 0	1 0	0 1	2 0	0 3	1 1	0 0		4 3,3	5 1,6	9
10 ans	3 0	1 0	1 4	1 0	2 1	0 1	0 0		8 6,5	6 1,9	14
11 ans	1 1	2 0	1 2	1 2	0 3	0 0	0 0		5 4,0	8 2,5	13
12 ans	0 1	1 3	0 2	0 2	1 1	0 0	0 0		2 1,6	9 2,8	11
13 ans	0 1	0 2	1 0	0 2	0 1	0 0	0 0	1	1 0,8	7 2,2	8
14 ans	0 0	0 1	0 0	0 1	0 0	0 1	0 0		0 0	3 0,9	3
15 ans	0 0	1 3	0 0	0 0	0 2	0 0	0 0		1 0,8	5 1,6	6
	22 17	30 38	20 45	27 74	13 73	10 46	2 22	0	124 100,1	317 99,9	441

TABIEAU XIII

DUREE DE SEJOUR ET AGE AU COURS DES PREMIERES ANNEES

AGE	HOMMES			FEMMES		
	Durée 0 à 4 ans %	5 à 9 ans %	0 à 4 ans %	0 à 4 ans %	5 à 9 ans %	
60 à 64	16 19,8	2 7,7	8 3,8	6 8,8	6 8,8	
65 à 69	18 22,2	7 26,9	24 11,4	5 7,4	5 7,4	
70 à 74	14 17,3	3 11,5	31 14,7	6 8,8	6 8,8	
75 à 79	18 22,2	7 26,9	50 23,7	17 25	17 25	
80 à 84	8 9,9	2 7,7	47 22,3	18 26,5	18 26,5	
85 à 89	6 7,4	4 15,4	33 15,6	11 16,2	11 16,2	75
90 à 94	1 1,2	1 3,8	17 8	5 7,3	5 7,3	
95 et plus	0 0	0 0	1 0,5	0 0	0 0	
	81 100	26 99,9	211 100	68 100	68 100	

- De 0 à 4 ans : 81,5 % des hommes ont moins de 80 ans.

70 % des femmes ont plus de 74 ans.

- De 5 à 9 ans : 73 % des hommes ont moins de 80 ans.

75 % des femmes ont plus de 74 ans.

De ces différences avec les chiffres moyens exprimés plus haut, nous pouvons aussitôt déduire que chez les hommes les durées de séjour inférieures à 10 ans se rencontrent à tous les âges tandis que chez les femmes on les observe surtout chez les sujets les plus âgés.

Un argument en ce sens est donné par la durée moyenne de séjour de chaque classe d'âge (tableau XIV). Chez les hommes, cette moyenne varie de 8 ans 9 mois à 5 ans 5 mois ; le maximum se situe à 70-74 ans, le séjour décroît ensuite régulièrement^(°). En ce qui concerne les femmes, le séjour-moyenne va de 11 ans 3 mois à 5 ans 6 mois. Le maximum se trouve à 60-64 ans ; les durées moyennes sont nettement moins importantes à partir de 80 ans ; la classe 95 ans et plus, avec deux individus, n'est pas significative.

Nous avons été étonné de la grandeur du séjour moyen chez les femmes de 60 à 64 ans ; elle s'explique par des séjours de très longues durées : dix d'entre elles sont depuis plus de 10 ans à l'hospice, en particulier une depuis 46 ans, une depuis 33, deux depuis 26 ... Il ne s'agit dès lors plus d'admissions ayant la vieillesse pour cause, mais

(°) La classe 90-94 ans, avec deux sujets, n'est pas significative.

TABEAU XIV

DUREE MOYENNE DE SEJOUR PAR CLASSES D'AGE

(Pour les présents ayant plus de 60 ans au 1.3.1965)

CLASSES D'AGE	HOMMES	FEMMES
95 ans et plus	0	2 8 ans 6 mois
90 à 94	2 5 ans 5 mois	24 5 ans 7 mois
85 à 89	11 5 ans 7 mois	50 5 ans 8 mois
80 à 84	14 6 ans 1 mois	78 5 ans 6 mois
75 à 79	31 6 ans 11 mois	84 7 ans 1 mois
70 à 74	24 8 ans 9 mois	49 6 ans 2 mois
65 à 69	32 5 ans 5 mois	41 6 ans 7 mois
60 à 64	24 5 ans 6 mois	24 11 ans 3 mois

des infirmités congénitales ou acquises. Mais si les séjours de longue durée ont une telle influence sur le calcul de la moyenne, la raison en est dans l'effectif très bas des femmes de 60 à 64 ans entrées depuis peu. Ce fait est intéressant à considérer mais cette analyse de la durée moyenne de séjour met en relief l'inconvénient principal, que nous notions au début de ce paragraphe (cf. page 49), d'une méthode qui rassemble dans un même groupe une population très hétérogène - vieillards entrés récemment, infirmes et arriérés depuis toujours à l'hospice - et y introduit des conditions artificielles, en particulier l'arrêt qu'apporte au séjour le recensement, sans en atteindre le terme naturel. L'analyse de la durée de séjour des sujets décédés permettra un fécond parallèle.

CONCLUSIONS

Bien que les pensionnaires, hommes et femmes, soient, en moyenne, à l'hospice de la Charité depuis un temps équivalent - 6 ans 1/2 environ - les deux sexes doivent être envisagés séparément tant leur comportement diffèrent sur le plan de l'analyse temporelle et démographique.

Les hommes représentent seulement un peu plus du quart (27,6 %) de l'effectif total de l'hospice. Un peu plus de la moitié (58,5 %) d'entre eux atteint ou dépasse 60 ans, avec un âge moyen de 73 ans. Le centre de gravité de la population masculine de 60 ans et plus est décalé vers les âges inférieurs : les quatre cinquièmes n'atteignent pas 80 ans, près de la moitié (45,8 %) ont entre 65-69 et 75-79 ans ; 43 % d'entre eux sont entrés de 60 à 69 ans, afflux massif lié sans doute à l'accession à la retraite. Jusqu'à 70 ans, les entrées sont condensées en un assez court laps de temps. Chez les sujets plus âgés, on observe un étalement des entrées dû à la mise en jeu de causes variables. Néanmoins, les durées moyennes de séjour varient peu, tendant à s'abaisser vers les grands âges à partir de 70-74 ans (8 ans 9 mois).

Les femmes totalisent près des trois quarts de la

population globale (72,4 %). Les trois quarts d'entre elles (76 %) ont 60 ans et plus. La moyenne d'âge de la fraction âgée dépasse de 3 ans celle des hommes : 76 ans ; son centre de gravité est décalé vers les grands âges : 68 % ont plus de 74 ans et près de la moitié (46 %) entre 75 et 84 ans. Les deux tiers (64 %) des femmes sont entrées après 70 ans, plus de la moitié entre 70 et 84 ans (53,4 %). L'étalement des entrées se manifeste chez les femmes de moins de 75 ans ; au-delà, la plupart des entrées ont lieu durant les quelques années précédentes faisant soupçonner une série de causes convergentes. L'influence de l'âge de la retraite est modéré. Les durées moyennes de séjour vont en diminuant avec l'âge.

Nous allons, maintenant, aborder un aspect très important, assez souvent laissé de côté : la condition civile, ou plus exactement l'état matrimonial dont l'influence est depuis assez longtemps mise en évidence par les études démographiques.

CHAPITRE DEUXIEME

ETUDE DE LA CONDITION CIVILE

ETUDE ANALYTIQUE PAR CATEGORIES MATRIMONIALES

Si nous considérons la population de 60 ans et plus au point de vue de la condition civile - de l'état matrimonial, en d'autres termes - nous obtenons le décompte suivant (cf. tableau XV) :

- Veufs et veuves	: 220	44,9 %
- Célibataires	: 217	44,1 %
- Marié (e) s	: 28	5,7 %
- Divorcé (e) s	: 22	4,5 %
- Séparé (e) s	: 3	0,8 % (490 = 100)
	490	

Les états sont classés par ordre d'importance numérique décroissante.

Enlevés les 28 pensionnaires mariés - il faut noter, à ce point de vue, que l'hospice n'héberge que trois couples de vieillards, malgré des installations permettant d'en recevoir plus d'une dizaine - 462 vieillards, soit 94,3 % de la population, sont solitaires^(°). Plus de la moitié d'entre eux (53 %) ont été jadis mariés : 245 sur 462. Le chiffre des

(°) Nous reviendrons à la fin du présent chapitre sur ce qu'il faut penser de ce terme.

pensionnaires qui ont été naguère mariés constitue exactement la moitié de la population totale : 245 sur 490.

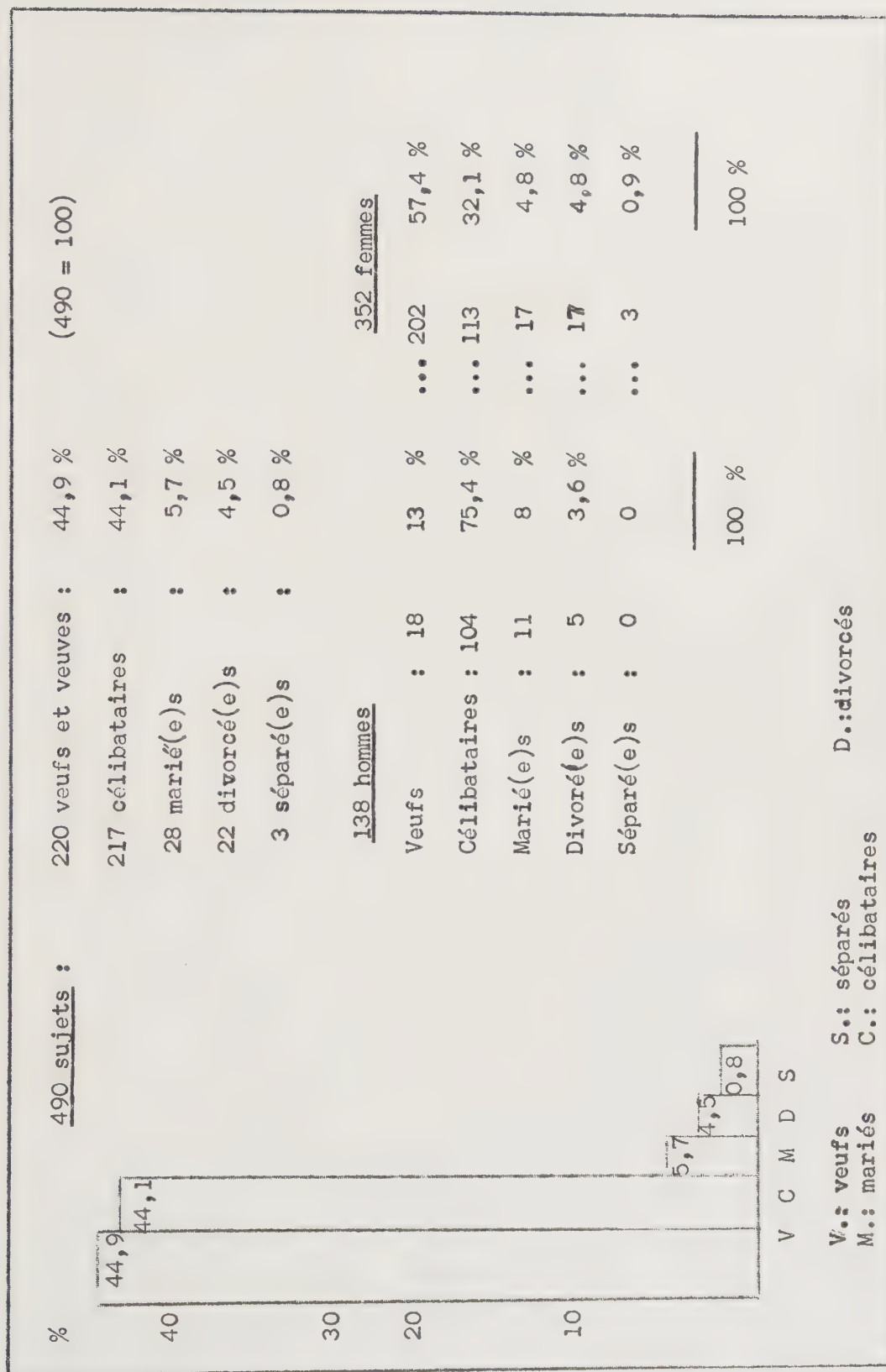
Il y a pratiquement autant de veufs ou veuves que de célibataires. Mais l'analyse par sexe révèle une très grande différence : 75,4 % des hommes sont célibataires et 13 % veufs ; 57,4 % des femmes sont veuves et 32,1 % célibataires. Bref, les trois quarts des hommes sont célibataires, plus de la moitié des femmes sont veuves et un tiers célibataires. (fig. 15).

Les données générales ainsi mises en place, nous allons analyser successivement chaque catégorie matrimoniale, selon l'ordre d'importance d'effectif. En fin de chapitre, nous esquisserons quelques conclusions.

Les veufs et veuves représentent près de la moitié de la population (44,9 %). Il serait plus exact de dire les "veuves" car les femmes totalisent 92 % (91,8) de cette catégorie. La pyramide des âges des veufs et des veuves lors du recensement (fig. 16) matérialise l'énorme prépondérance féminine. Deux classes d'âges y prédominent nettement : 76-79 ans et 80-84 ans ; on retrouve ainsi le bloc démographique de 75 à 84 ans signalé lors de l'étude de l'âge. Des très faibles effectifs masculins, se détachent, de façon peu marquée d'ailleurs, les classes 65-69 ans et 75-79 ans, elles aussi notées comme maximales au chapitre premier.

TABLEAU XV

CONDITION CIVILE DES PRESENTS A L'HOSPICE DE LA CHARITE AGES DE 60 ANS ET PLUS AU 1.3.1965



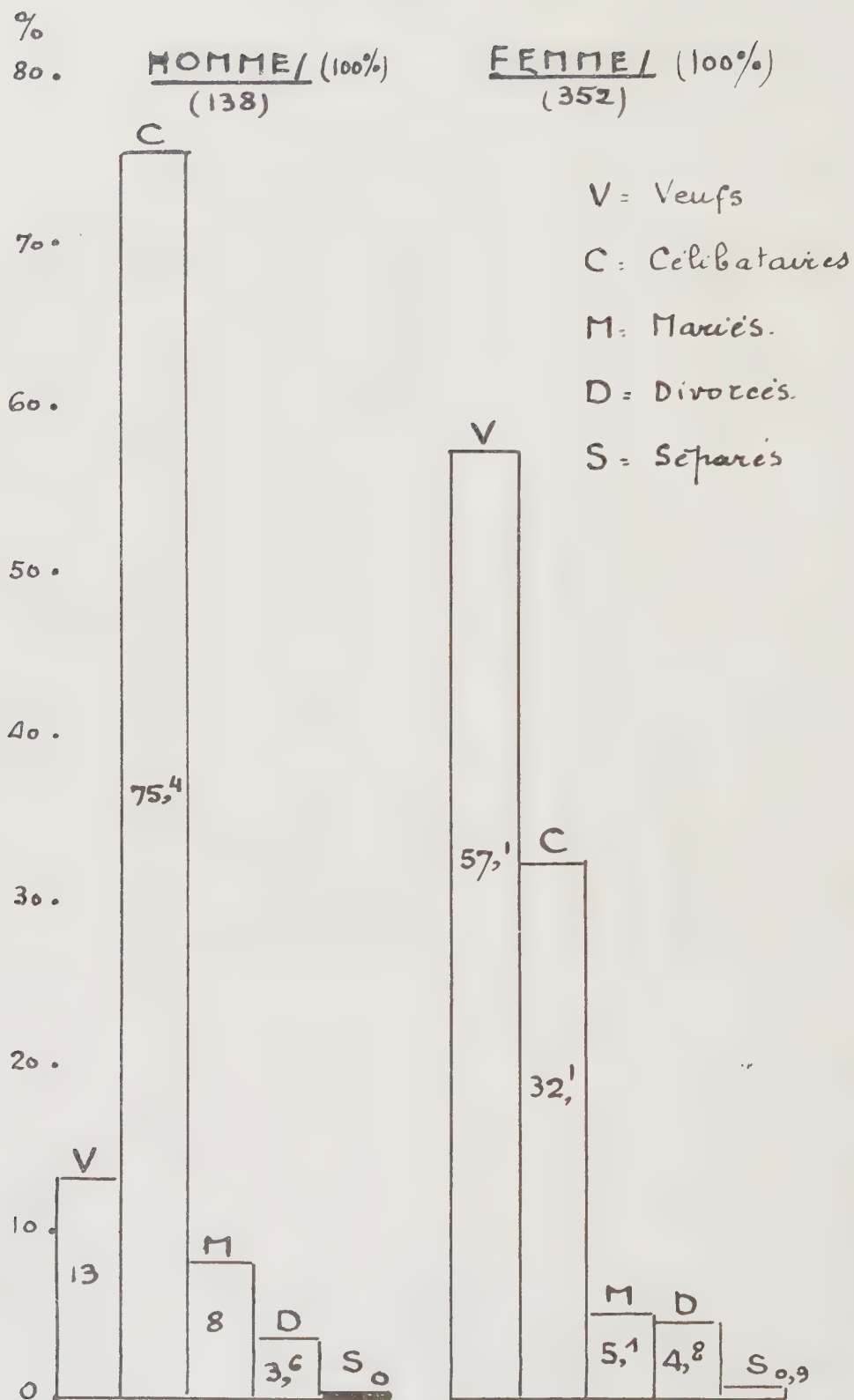


FIG. 15 - Condition civile de la population vivante
de la Charité (490 sujets - Mars 1965)

TABEAU XVI

AGES MOYENS A L'ENTREE ET AU RECENSEMENT, DUREE MOYENNE DE SEJOUR
Chez les sujets de 60 ans et plus

ETAT-CIVIL	AGE MOYEN D'ENTREE	DUREE MOYENNE DE SEJOUR	AGE MOYEN ACTUEL
Veufs (18)	73 ans 6 mois	2 ans 6 mois	76 ans
Veuves (202)	74 ans 2 mois	4 ans 11 mois	79 ans 1 mois
Célibataires H(104)	65 ans	7 ans 6 mois	72 ans 6 mois
Célibataires F(113)	66 ans 8 mois	9 ans 5 mois	76 ans 1 mois
Mariés (11)	70 ans 11 mois	1 an 5 mois	72 ans 4 mois
Mariées (17)	68 ans 4 mois	5 ans 8 mois	74 ans
Divorcés (5)	64 ans 7 mois	7 ans	71 ans 7 mois
Divorcées (17)	72 ans 11 mois	4 ans 1 mois	77 ans
Séparées (3)	56 ans 8 mois	11 ans	67 ans 3 mois

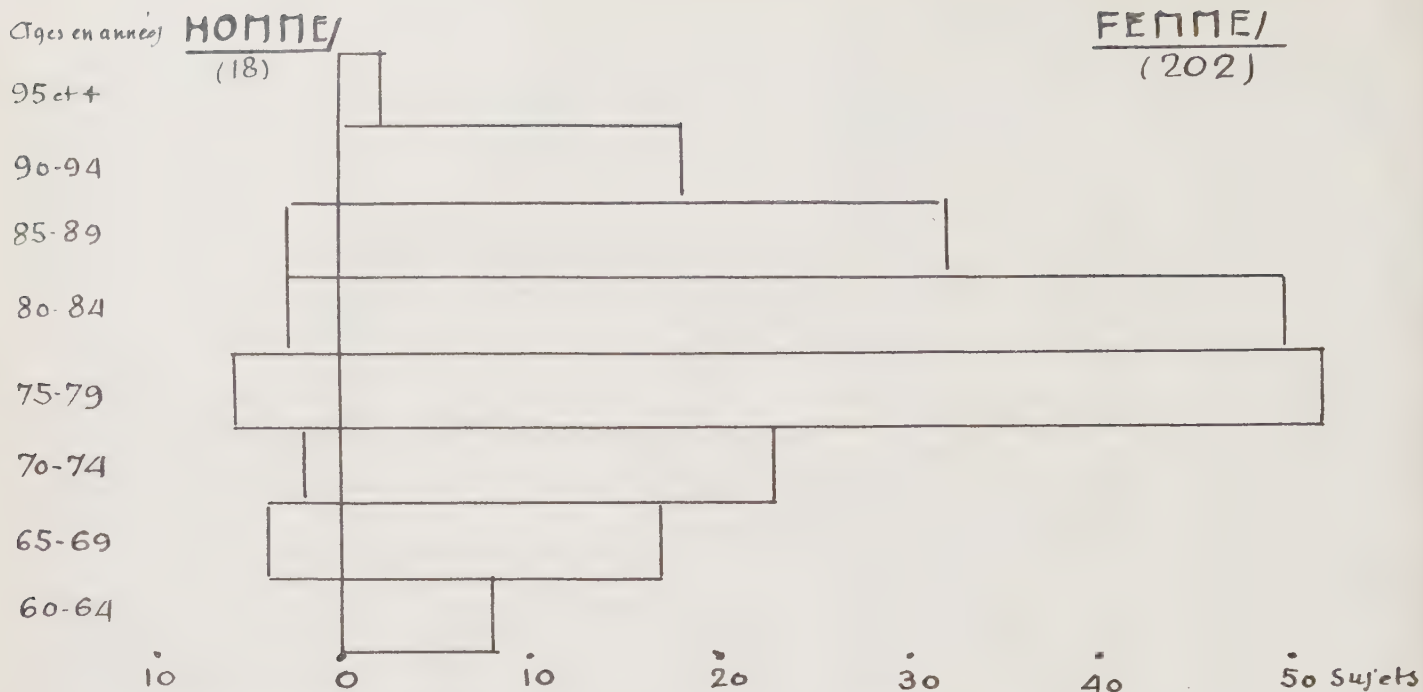


FIG. 16. Pyramides des âges des veufs et veuves (220 sujets)
Population vivante de la Charité' (490 sujets. Mars 1965).

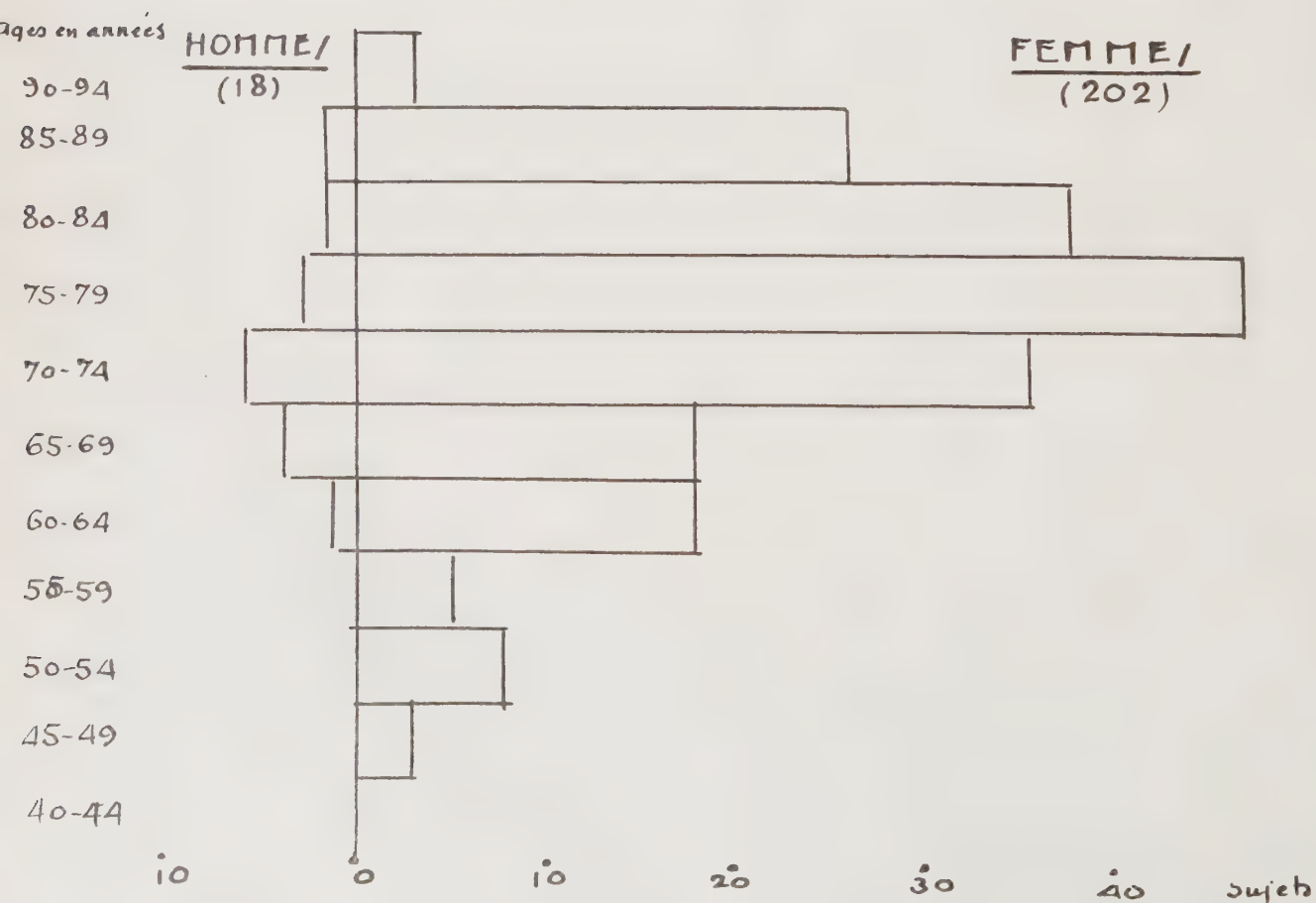


FIG. 17 Pyramide des âges d'entrée des veufs et veuves (220 sujets)

L'âge moyen actuel est de 76 ans pour les hommes, 79 ans pour les femmes. L'âge moyen d'entrée respectivement de 73 ans 6 mois et de 74 ans 2 mois (tableau XVI). Avant 60 ans, il n'y a aucune entrée de veufs. Seize veuves, par contre, représentant 7,9 % du total de cette catégorie (202 = 100), ont été admises avant cet âge ; aucune entrée de veuve n'a été observée avant 40 ans.

La pyramide des âges d'entrée (fig. 17) construite à partir des données fournies par le tableau XVII, montre, pour les femmes, un afflux massif de 70 à 84 ans, et, de part et d'autre de ce bloc qui totalise approximativement les trois cinquièmes des admissions de veuves (59,9 %), une décroissance ; la classe 85-89 ans compte néanmoins un nombre encore assez élevé d'entrées (26, soit 12,9 %). Pour les hommes, les effectifs réduits ne permettent pas de tirer, de l'examen de la pyramide, des conclusions très valables ; nous signalerons simplement la discrète prédominance des entrées de 65 à 74 ans.

Nous avons établi entre les âges à l'entrée et lors du recensement des différents sujets des corrélations qui constituent la matière du tableau XVIII. Les âges sont regroupés en classes de cinq ans et le tableau est à deux entrées : verticale pour les âges d'entrée ; horizontale pour les âges actuels. Nous avons déjà utilisé cette représentation au premier chapitre de cette étude. La faible importance de l'échantillon de veufs ne permet pas de tirer des conclusions valables. La plupart des veuves sont entrées à un âge égal ou supérieur

TABLEAU XVII

AGES D'ENTREE A L'HOSPICE EN FONCTION DE LA CONDITION CIVILE

AGE	TOTAL 2 SEXES	Total Hommes	Céliba- taires	Marlés	Veufs	Divor- cés	Total Femmes	Céliba- taires	Marlées	Veuves	Divor- cées	Sépa- rées
Avant 40 ans	11	4	4				7	7				
40-44 ans	7	3	3				4	4				
45-49 ans	9	1	1				8	4		3		1
50-54 ans	21	8	8				13	3	2	8		
55-59 ans	25	12	12				13	7	1	5		
60-64 ans	65	28	21	4	1	2	37	13	1	18	3	2
65-69 ans	76	31	24		4	3	45	17	6	18	4	
70-74 ans	79	19	10	3	6		60	18	4	36	2	
75-79 ans	86	16	11	2	3		70	19	1	47	3	
80-84 ans	68	10	6	2	2		58	14	1	38	5	
85-89 ans	38	6	4		2		32	5	1	26		
90-94 ans	5	0					5	2		3		
95 et plus	0	0					0					
TOTAL	490	138	104	11	18	5	352	113	17	202	17	3

TABEAU XVIII

TABEAU DE CORRELATIONS EN NOMBRE DE SUJETS (VEUFS-VEUVES)

AGES ACTUELS

	60-64		65-69		70-74		75-79		80-84		85-89		90-94		95 et plus		TOTAL	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
90-94													2	4	1		3	
85-89											2	11	15	8			2	26
80-84									1	22	1	14	1		1		2	38
75-79							2	23	1	21		3					3	47
70-74					2	10	4	21		2		3					6	34
65-69			3	6		7		1	1	4							4	18
60-64		3	1	6		5		3			1						1	18
55-59		3		1					1								5	
50-54		2		3				3										10
45-49				1		1		1										3
40-44																		
Total		8	4	17	2	23	6	52	3	50	3	32	18		2		18	202
				=100		=100		=100		=100		=100						

AGES D'ENTREE

à celui qui marque le début de la classe immédiatement avant leur classe d'âge actuel ; le pourcentage de cette majorité varie entre 70,6 et 94,4 %^(°) ; il va plutôt en augmentant lorsqu'on envisage des veuves d'âge de plus en plus avancé : ainsi 80 % des veuves de 75 à 79 ans sont entrées à 70 ans ou plus à l'hospice : 86% de celles de 80 à 84 ans sont entrées à 75 ans ou plus. Si nous restons fidèle à l'hypothèse que nous avons soulevée à propos des mêmes corrélations lors de l'étude générale des âges (cf. page 63) des causes convergentes doivent être responsables de ces entrées en grand nombre en peu d'années. Nous y reviendrons plus loin.

La durée moyenne de séjour est de 4 ans 8 mois. Ce chiffre est dû à l'écrasante majorité féminine, car le séjour moyen des veufs, n'excède pas 2 ans 6 mois, tandis que celui des veuves est pratiquement de 5 ans (4 ans 11 mois). 16 veufs sur 18 sont à l'hospice depuis moins de 5 ans (tableau XIX). Les deux tiers (65,8 %) des veuves également ; la décroissance des effectifs est rapide pour les classes supérieures de durée : - toujours en ce qui concerne les femmes - 19,3 % de 5 à 9 ans - 6,9 % de 10 à 14 ans - 4% de 15 à 19 années de séjour.

La décomposition par année des trois premières classes de durée de séjour et par classe d'âge de la population de veuves montre (tableau XX) que l'effectif maximum (plus du quart) se trouve au niveau de la première année de séjour (27,2 %) ; le pourcentage s'abaisse ensuite d'année en année : 15,8 % pour la 2^o année - 9,4 % pour la 3^o - 9,9 % pour la 4^o, etc...

(°) Nous donnons les pourcentages du tableau XVIII à titre indicatif seulement à partir de 90 ans, en raison des faibles effectifs des classes concernées.

TABLEAU XIX

DUREE DE SEJOUR ET CONDITION CIVILE

DUREE	VEUFS-VEUVES			CELIBATAIRES			MARIES			SEPARES-DIVORCES			TOTAL		
	H	F	T	H	F	T	H	F	T	H	F	T	H	F	T
0 à 4 %	16	133	149	52	53	105	11	13	24	2	12	14	81	211	292
		65,8%	67,7%		50%	46,9%							58,7%	59,9%	59,6%
5 à 9 %	2	39	41	22	24	46	1	1	1	2	4	6	26	68	94
		19,3%	18,6%		21,2%	21,2%							18,8%	19,3%	19,2%
10 à 14 %		14	14	16	15	31	1	1	1		3	3	16	33	49
		6,9%	6,4%		15,4%	13,3%							11,6%	9,4%	10%
15 à 19 %		8	8	3	6	9				1	1	2	4	15	19
		4%	3,6%		2,9%	5,3%							2,9%	4,3%	3,9%
20 à 24 %		4	4	6	4	10							6	8	14
		2%	1,8%		5,8%	3,5%							4,3%	2,3%	2,9%
25 à 29 %		2	2	1	3	4	1	1	1				1	6	7
		1%	0,9%		1%	2,7%							0,7%	1,7%	1,4%
30 à 34 %		1	1	2	4	6	1	1	1				2	6	8
		0,5%	0,4%		1,9%	3,5%							1,5%	1,7%	1,6%
35 et plus		1	1	2	4	6							2	5	7
		0,5%	0,4%		1,9%	3,5%							1,5%	1,4%	1,4%
Total	18	202	220	104	113	217	11	17	28	5	20	25	138	352	490
Durée moy.	4 ans	8 mois		8 ans	6 mois		4 ans			S : 11 ans					
Durée moy.H.	2 ans	6 mois		7 ans	6 mois		1 an	5 mois		D : 4 ans	9 mois		6 ans	4 mois	
Durée moy.F.	4 ans	11 mois		9 ans	5 mois		5 ans	8 mois		7 ans:5divorcés			6 ans	5 mois	
										4ans1mois(divor.)					
										11 ans (séparées)					

DUREE DE SEJOUR?ET AGE ACTUEL DES VEUFs ET VEUVES

Durée	TOTAL										%	
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95+	H	%		F
1 an			2	3	1	1			0))		7 (3,5%)	7 (3,2)
1 an	2	3	1	14	1	1	3		6)		55 (27,2%)	61 (27,3)
2 ans	1	1	1	3	10	1	7		5)=88,8%		32 (15,8%)	37 (16,8)
3 ans		1	4	1	1	1	1		3)		19 (8,4%)	22 (10)
4 ans		2	2	2	3	4	3	1	2)		20 (9,5%)	22 (10)
5 ans	1		1	4	1	1	2		1		12 (5,9%)	13 (6)
6 ans	2	1	1	2	5	1	1		1		13 (6,4%)	14 (6,4)
7 ans	1	1	1	1	3	1	1				9 (4,5%)	9 (4)
8 ans				3		1	1				4	4 (1,8)
9 ans			1								1	1 (0,4)
10 ans			2		1	1					4	4 (1,8)
11 ans			1	1	1						3	3 (1,3)
12 ans		1		1							1	1 (0,4)
13 ans	1			1	1						4	4 (1,8)
14 ans		1									2	2 (0,9)
15 ans		1									1	1 (0,4)
Total	8	4	22	6	3	3	18	2	18		187	205
et +		15	2	46	47	29					15	15

La population masculine - nous le donnons pour mémoire - décroît régulièrement à partir de la 1^o année de séjour qui rassemble un tiers de l'effectif total ; aucun veuf n'est à la Charité depuis plus de 6 ans. Pour cette étude, comme d'ailleurs pour celles que nous mènerons à propos des autres conditions civiles, séjours "inférieurs à un an" ne sont pas significatifs, en raison de la convention concernant le découpage temporel, admise au début du précédent chapitre.

Les célibataires, en totalisant 44,1 % de la population de l'hospice, suivent de près les veuves. Le partage de cette catégorie selon le sexe est beaucoup plus équitable : 47,9 % d'hommes et 52, 1 % de femmes. Rappelons qu'à l'hospice de la Charité, les trois quarts des hommes et le tiers des femmes sont célibataires.(fig. 15).

La pyramide des âges actuels montre (fig. 18) l'équilibre des masses féminine et masculine ; on retrouve les éléments mis en évidence lors de l'étude des âges (cf. chapitre I) : les hommes et les femmes groupés de part et d'autre d'une classe d'âge à la population de chaque sexe exactement égale (75-79 ans, 22 hommes - 22 femmes), les hommes aux âges inférieurs, les femmes aux âges supérieurs - d'autre part, la prépondérance des classes 65-69 et 75-79 ans pour les hommes, des classes 75-79 et 80-84 ans pour les femmes. L'identité des pyramides des âges actuels de toute la population masculine et

des célibataires - hommes n'est pas pour surprendre, puisque ces derniers représentent, comme nous le remarquons, les trois quarts de cette population.

L'âge moyen actuel (tableau XVI) est de 72 ans 6 mois pour les hommes, de 76 ans pour les femmes. La différence des âges moyens d'entrée est beaucoup plus faible : 65 ans (hommes) et 66 ans 8 mois. Il n'y a aucun intérêt à faire observer l'existence d'entrées de célibataires avant l'âge de 40 ans ; il est plus intéressant de relever que toutes les entrées survenues avant cet âge sont le fait de célibataires - 26,9 % des célibataires hommes (28 sujets) et 22,1 % des célibataires femmes (25 sujets) sont entrés avant 60 ans ; on retrouve ainsi la prépondérance des entrées masculines aux âges inférieurs.

Ceci se trouve confirmé par la pyramide des âges d'entrée (fig. 19), construite à partir du tableau XVII ; plus des deux tiers des hommes (69 %) sont entrés à la Charité avant 70 ans ; à cet âge, moins de la moitié des femmes (45,2 %) ont été admises. A partir de 70 ans, les entrées masculines subissent une brusque diminution ; les entrées féminines augmentent régulièrement de classe en classe, pour culminer - d'assez peu - à 75-79 ans ; elles diminuent assez rapidement au-delà.

Comme dans le cas des veufs, nous avons établi un tableau des corrélations entre les âges à l'entrée au recensement (tableau XVII) ; ce tableau est toujours du même type, à deux entrées. En ce qui concerne les hommes, les entrées sont relativement groupées chez les sujets de moins de 80 ans ; elles sont dispersées au fil des âges chez les sujets plus âgés. On retrouve

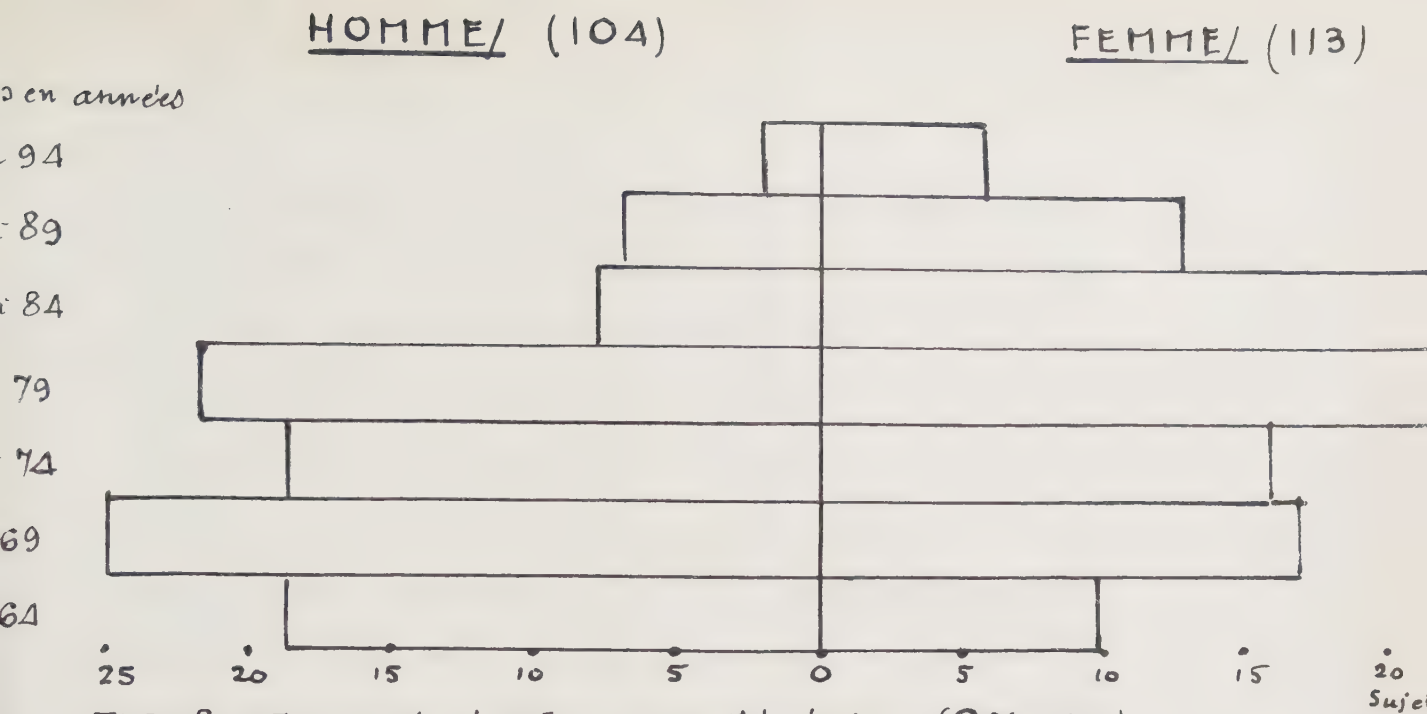


FIG. 18 . Pyramide des âges des célibataires (217 sujets)
Population vivante de la Charité (490 sujets - Mars 1965)

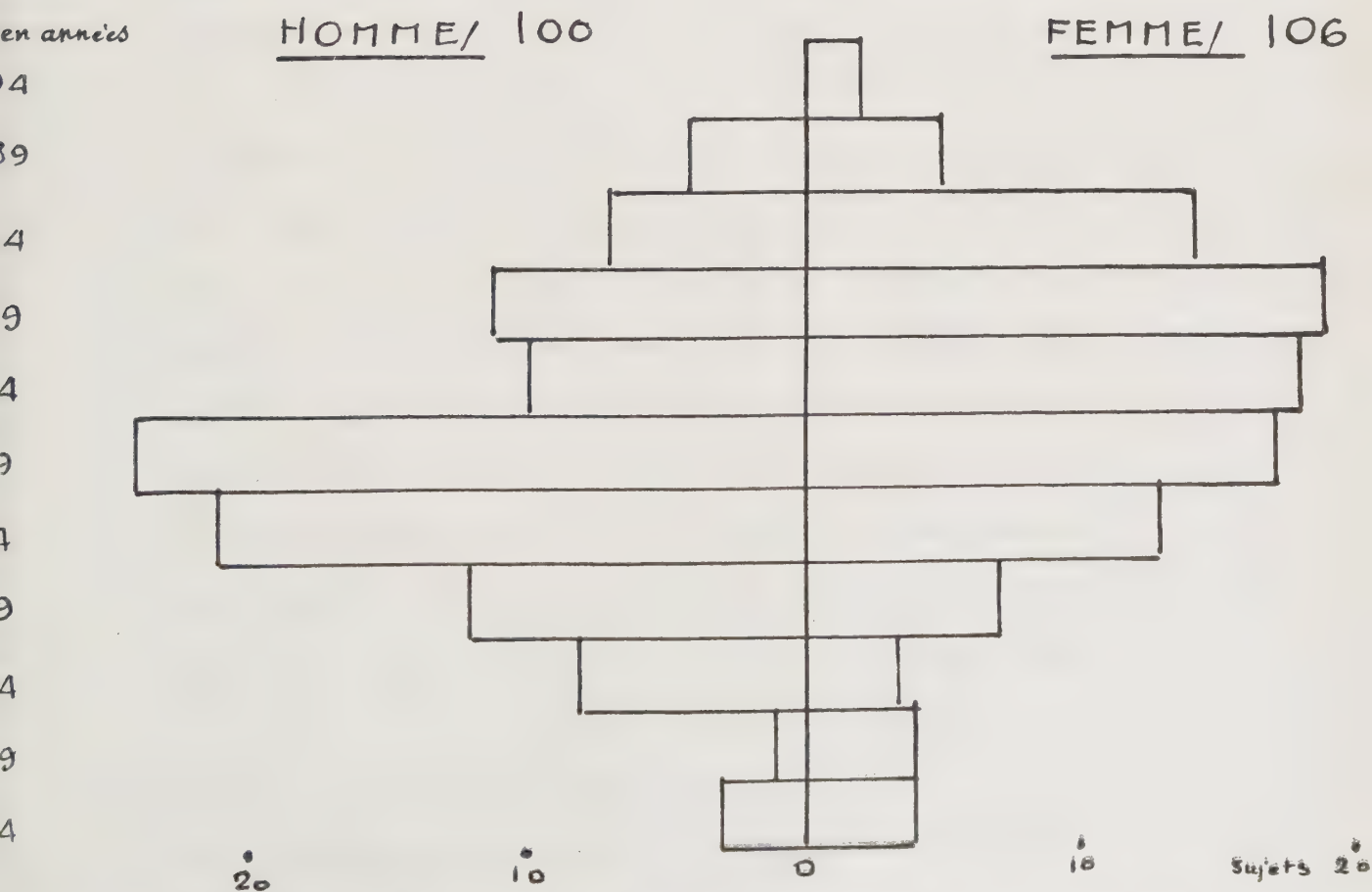


FIG. 19 . Pyramide des âges d'entrée des célibataires (206 sujets car 7 sont entrés avant 40 ans)
Population vivante de la Charité (490 sujets - Mars 1965)

les deux niveaux d'augmentation du nombre des entrées :
60-64 ans chez les sujets actuellement âgés de 60 à 69 ans ;
65-69 ans chez ceux de 70 à 79 ans au recensement. Quant aux
femmes, si nous examinons chaque classe d'âge actuel, nous
constatons que les entrées se répartissent de façon équiva-
lente sur les trois dernières classes : par exemple, sur les
22 femmes ayant de 80 à 84 ans au recensement, 5 sont entrées
à 70-74 ans, 8 à 75-79 ans et 6 à 80-84 ans. Cette dispersion
des entrées au fil des âges s'observe pour tous les âges ac-
tuels. Nous avons admis, en ce cas, l'existence de causes
variables et dispersées.

La durée moyenne de séjour est remarquable par
son importance (tableau XVI) : 7 ans 6 mois pour les hommes,
9 ans 5 mois pour les femmes, le séjour moyen étant, pour
l'effectif total, de 8 ans 6 mois. Le détail des durées de
séjour montre (tableau XIX) d'une part que la moitié (51,6 %)
des célibataires se trouve à l'hospice depuis 5 ans et plus,
que le pourcentage des présents dans chaque classe de durée
s'abaisse nettement au-delà de 14 années de séjour, variant
assez peu ensuite d'une classe à l'autre - d'autre part que
le comportement de chaque sexe est identique jusqu'à 15 ans
de séjour ; au delà les pourcentages féminins l'emportent
assez régulièrement, ce qui explique la moyenne de séjour
un peu plus élevée chez les femmes.

L'étude de la durée de séjour par année et non plus
par classe de cinq ans et d'autre part selon l'âge actuel

TABLEAU DE CORRELATIONS EN NOMBRE DE SUJETS (CELIBATAIRES)

AGES ACTUELS

	60-64		65-69		70-74		75-79		80-84		85-89		90-94		95 et plus		TOTAL	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
90-94													2				2	
85-89											2	3	2				4	5
80-84								6	2	4	8						6	14
75-79							8	10	2	8	1						11	19
70-74					4	5	4	7	2	5			1				10	18
65-69			9	5	7	5	7	4	1	2	1						24	17
60-64	10	3	7	4	2	4	2	1		1							21	13
55-59	4	3	4	4	3				1								12	7
50-54	4		3	3	1												8	3
45-49		3				1	1										1	4
40-44	1	1	2	1		1							1				3	4
TOTAL	19	10	25	17	17	16	22	22	8	22	7	13	2	6			100	106

AGES D'ENTREE

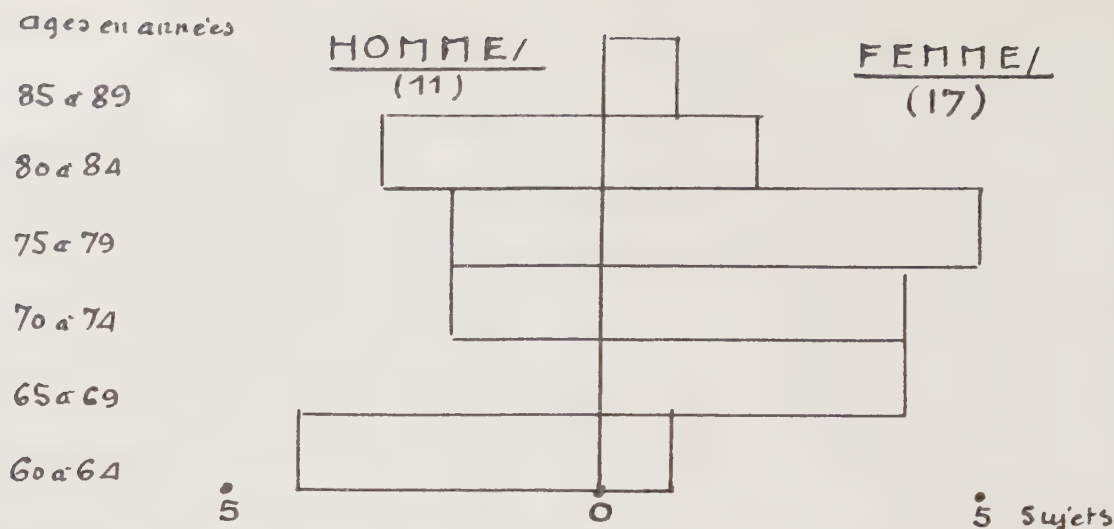


FIG. 20 Pyramide des âges des mariés (28 sujets)

Population vivante de la Charité' (490 sujets - Mars 1965)

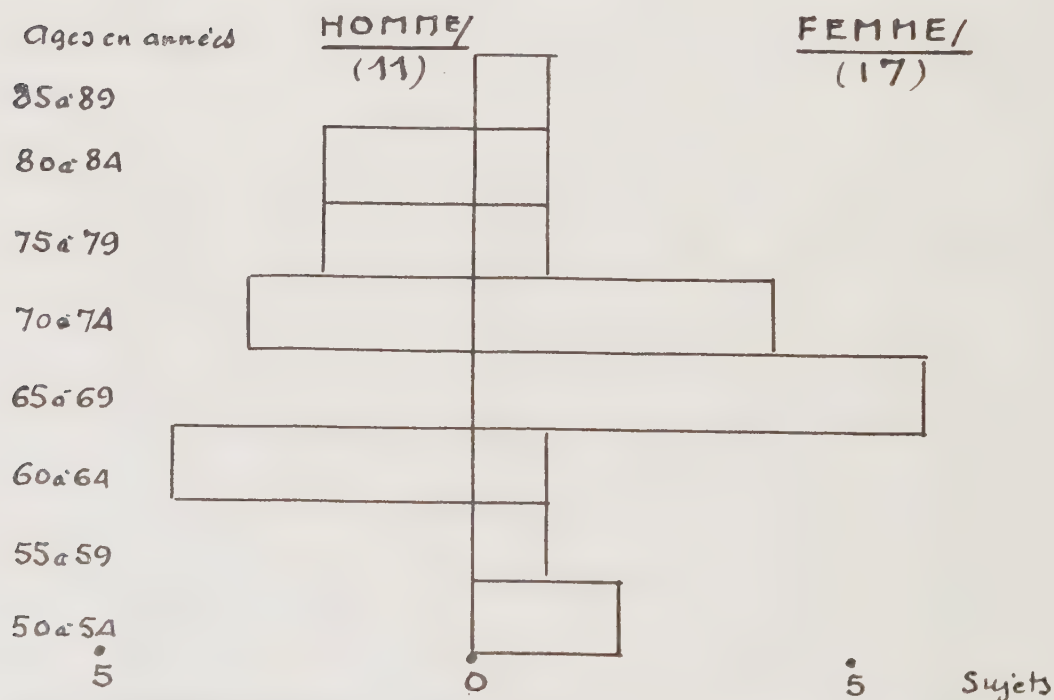


FIG. 21 Pyramide des âges d'entrée des mariés. (28 sujets)

Population vivante de la Charité' (490 sujets - Mars 1965)

DUREE DE SEJOUR ET AGE ACTUEL DES CELIBATAIRES

Durée	60-64		65-69		70-74		75-79		80-84		85-89		90-94		TOTAL		
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	F	%	Total %
1 an	1		2	1			1		1						5	1	6(2,8%)
1 an	7	1	6	2	4		7	5	4		3	1	1		27	14	41(18,9%)
2 ans	2		3	3		4	1	2	1	3	1	1	1		7	14	21(9,7%)
3 ans		2	1	2	4	4	1	4	1	2	3				7	17	24(11,4%)
4 ans	2	1	2		1	1	1	1	1	1	2	1	1		7	7	14(6,4%)
5 ans		1	2	1	1		1	1	2		2	2	1	1	7	8	15(6,9%)
6 ans	1						1	3	1	1	1	1			3	5	8(3,7%)
7 ans	1		1		1			2			1				2	4	6(2,8%)
8 ans	1			1	1	2	3		1	1		1			6	5	11(5,-%)
9 ans			1				2		2	2	1				4	2	6(2,8%)
10 ans	3		1		1	1	1	1	2						8	1	9(4,1%)
11 ans	1	1	2		1	1	1	1	2	2					5	5	10(4,6%)
12 ans	1		1	3	1	1			1	1					2	6	8(3,7%)
13 ans			1			1		1							1	2	3(1,4%)
14 ans					1										0	1	1(0,5%)
15 ans			1	2					2						1	4	5(2,3%)
Total	18	8	23	16	15	14	20	21	7	21	7	12	2	4	92	96	188 (86,6%)
16 et +	2	6	2	1	4	2	3	3	1	2		1	2	2	12	17	29 (13,4%)
TOTAL	20	14	25	17	19	16	23	24	8	23	7	13	2	6	104	113	217 (100%)

montre (tableau XXII) qu'à l'intérieur des trois premières classes de durée aux effectifs masculin et féminin identiques, hommes et femmes se comportent très différemment : ainsi, près du quart (24 %) des célibataires-hommes sont à la Charité depuis un an (c'est-à-dire - cf. page - 2 à 14 mois) ; les séjours de 2 - 3 - 4 et 5 ans sont représentés par un effectif égal (6,7 %) - au delà, les pourcentages varient, sans règle apparente, de 1 à 7,7 %. L'effectif des célibataires-femmes présentes depuis 1, 2 ou 3 ans est pratiquement le même (12,4 ou 15 %) - dès après 3 ans de séjour, l'effectif devient très variable, passant de 0,9 % à 7,1 % d'une année à l'autre.

La faible importance numérique des pensionnaires mariés (5,7 % de la population globale) rend l'analyse détaillée de cette catégorie quelque peu conjecturale. Rappelons (cf. tableau XV) que 11 hommes et 17 femmes sont mariés ; il y a plus d'hommes que ne le ferait attendre le rapport des effectifs globaux de chaque sexe (72,4 % de femmes). L'importance de cette catégorie matrimoniale est différente selon le sexe : 8 % des hommes sont mariés, 4,8 % des femmes seulement.

La pyramide des âges actuels met en évidence le décalage habituel (fig. 20) : les classes les plus peuplées sont 60-64 ans chez les hommes et 75-79 ans chez les femmes. Bien que les échantillons soient très faibles, il est intéressant de relever que quatre hommes mariés, ayant de 60 à 64 ans, se trouvent

à l'hospice.

L'âge moyen au recensement est de 72 ans 4 mois pour les hommes, 74 ans pour les femmes. Les âges moyens à l'entrée respectivement de 70 ans 11 mois et 68 ans 4 mois; cette supériorité de la moyenne d'âge masculine à l'entrée est tout à fait remarquable. C'est la première fois, depuis le début de ce travail, que nous rencontrons un fait de ce genre. Il ne convient pas, néanmoins, de lui accorder plus d'importance qu'il ne le mérite. D'une part, le calcul porte sur de tout petits effectifs, d'autre part la construction de la pyramide des âges d'admission apporte (fig. 21) des précisions intéressantes : quatre hommes entrent de 60 à 64 ans, les sept autres de 70 à 74 ans, dont six entre 65 et 69 ans - trois femmes, enfin, ont été admises avant l'âge de 60 ans. Nous retiendrons finalement la relative précocité des admissions des femmes mariées puisque dix d'entre elles sont entrées avant 70 ans. Le repérage des membres des couples hébergés à l'hospice, intéressant en théorie, n'a pas retenu notre attention, dans le cas de la Charité où se trouvent seulement trois couples.

La durée moyenne de séjour est de 1 an 5 mois chez les hommes, 5 ans 8 mois chez les femmes (tableau XVI) ; la longueur du séjour chez ces dernières est due à quelques séjours de très grande durée car treize d'entre elles sont à l'hospice depuis moins de 5 ans (tableau XIX).

Nous grouperons divorcés et séparés.

Il y a, en effet, à la Charité, 22 pensionnaires divorcés - 5 hommes et 17 femmes - soit 4,5 % de l'effectif total et 3 pensionnaires séparés - 3 femmes - soit 0,8 % de l'ensemble (tableau XV).

Les divorcés représentent 3,6 % de la population masculine et, avec les séparés, 5,7 % de la population féminine ; chez cette dernière, ce pourcentage est nettement supérieur à celui des femmes mariées (4,8 %). Signalons que les âges moyens lors du recensement et à l'entrée sont respectivement - en ce qui concerne les femmes - de 77 ans et 73 ans, avec un séjour moyen de 4 ans (tableau XVI).

Il est habituel d'étudier l'état matrimonial, avant d'entrer dans le détail, en fonction de l'opposition "mariés-solitaires" ou mieux "mariés-non mariés". Notre abstention sur ce point n'a rien de surprenant ; elle nous a été dictée par la structure très particulière de notre population où les non-mariés, comme nous le faisons remarquer page 91, représentent 94,3 %, rendant inexploitable ce genre de confrontation. Nous n'avons utilisé la répartition mariés-non mariés que pour des comparaisons avec les statistiques départementales et nationales établies par l'INSEE selon cette modalité.

Cette étude analytique, un peu fastidieuse, achevée, nous allons aborder le problème du couple et de l'isolement vis à vis de l'hospice.

ETUDE DU COUPLE ET DE L'ISOLEMENT

Plus de la moitié (56 %) des pensionnaires de la Charité âgés de 60 ans et plus ont été mariés ou le sont encore. La plupart de ces mêmes pensionnaires (94,3 %) sont solitaires. l'étude du couple, plus précisément de sa dissociation, et celle de l'isolement acquiert de ce fait une grande importance.

La population qui est ou a été mariée se distribue ainsi :

- Veufs ou veuves	220	soit	80,6 %
- Marié (e)s	28	soit	10,2 %
- Divorcé (e)s	22	soit	8,1 %
- Séparées	3	soit	1,1 %
	273		(273 = 100 %)

La majorité des couples dans lesquels sont engagés les vieillards hébergés à l'hospice est définitivement dissociée (89,7 %), puisque vingt huit unions seulement persistent ; encore faut-il préciser que trois ménages seulement

(6 marié (e)s sur 28) sont à la Charité - malgré des possibilités d'hébergements triples - ce qui porte à 98 % la proportion des couples rompus.

Le quart (24,6 %) des hommes et les deux tiers (67,9 %) des femmes ont été engagés dans un couple ; 2,2 % des hommes et 0,9 % des femmes le sont encore. Si nous mettons de côté les trois couples demeurés ensemble, la répartition par sexe est la suivante :

	Hommes		Femmes	
Veufs (ves)	220	82,4%	18	58,1%
Marié(e)s	22	8,2%	8	25,8%
Divorcé(e)s				
Séparé(e)s	25	9,4%	5	16,1%
Séparé(e)s			20	8,5%
	<u>267</u>		<u>31</u>	
	(267=100%)		(31=100%)	
			<u>236</u>	
			(236=100%)	

Les quatre cinquièmes (82,4%) des couples ont été dissociés par le décès de l'un des conjoints - 8,2% l'ont été par la maladie ou l'impotence d'un seul des conjoints ou des deux - 9,4% des couples, enfin ont été désunis par la mésentente conjugale.

Dans les cas des pensionnaires encore mariés, nous pouvons admettre que l'entrée à l'hospice est en soit la conséquence directe de la propre détérioration (somatique, intellectuelle ou les deux) du sujet admis soit la conséquence indirecte de son conjoint. Cette dernière éventualité ne se rencontre pratiquement que chez les hommes dont l'autonomie de vie isolée est réduite et assez dépendante de celle de leur compagne . Une di-

minution précoce des capacités d'autonomie survenant - à un âge où le veuvage est une condition encore assez peu fréquente.- chez des femmes, par ailleurs mariées, conditionnera leur admission et, plus ou moins rapidement, celle de leur époux (souvent après quelques mois ou années d'hébergement de celui-ci par les enfants). Les entrées de femmes mariées interviennent en effet à des âges peu avancés (cf Tableau XVII, page 98), à partir de 50 ans, le plus grand nombre de 65 à 75 ans, en moyenne à 68 ans (cf Tableau XVI, page 95), six ans avant les veuves (âge moyen d'entrée 74 ans). Les admissions d'hommes mariés se font, à l'inverse, relativement tardivement : toutes après 60 ans, en moyenne vers 71 ans ; en comparaison, les hommes célibataires sont admis à 65 ans en moyenne. L'existence de la structure conjugale, de l'autonomie domestique assurée par la compagne, d'une part permettant une vie non-communautaire, d'autre part ralentissant - en assurant une relative constance au cadre vital - l'installation d'une détérioration intellectuelle, enfin constituant un milieu assez tolérant, explique l'entrée retardée des hommes mariés. Il ne convient pas d'insister sur la tolérance du milieu conjugal ; en effet, nous avons souvent été frappé par le refus opposé par des femmes âgées à reprendre leur compagnon hospitalisé en milieu psychiatrique (°) pour un syndrome dépressif ou un épisode confusionnel.

(°) Hôpital Psychiatrique Saint-Jean-de-Dieu - LYON - reçoit les malades de la Loire.

En ce qui concerne le veuvage et le divorce (ou la séparation), nous ne possédons aucune information permettant d'établir une corrélation immédiate entre la rupture du couple et l'entrée à l'hospice. Cette restriction est surtout valable dans le cas des dissociations par mésentente car la plupart des divorces interviennent, en France, avant dix années de mariage, à un âge habituellement très éloigné de celui de l'admission à l'hospice. Les veufs et veuves entrent vers 74 ans. Ces admissions masculines tardives n'ont rien d'étonnant : la longévité féminine rend le veuvage tardif et problématique chez l'homme ; on ne relève d'ailleurs aucune entrée de veuf avant 60 ans. On peut admettre les mêmes explications que dans le cas des sujets mariés : autonomie de la femme lui permettant une vie prolongée en milieu extérieur, autonomie dont bénéficie l'homme marié jusqu'à la maladie, l'impotence ou le décès de sa compagne.

Les divorcées - l'effectif masculin n'est pas significatif - ont à peu près le même comportement que les veuves : âge moyen d'entrée 73 ans, mais aucune n'est admise à l'hospice avant 60 ans ; la faible importance numérique de leur population ne permet pas de conclusion péremptoire. Néanmoins, leur identité de comportement avec les veuves est assez surprenante : chez elles, en effet, la dissociation du couple est précoce et inciterait à les rapprocher des célibataires dont l'âge moyen d'entrée est 67 ans, de six ans moins élevé. Les divorcées entrent-elles plus tardivement en raison de l'existence d'un entourage familial constitué par les enfants qu'elles ont pu avoir ?

Les célibataires des deux sexes entrent à l'hospice à des âges moyens proches : 65 ans pour les hommes, 67 pour les femmes. Rappelons que l'égalité des effectifs (104 hommes, 107 femmes) en fait un domaine privilégié de comparaison du comportement de chaque sexe vis à vis de l'hospice. Les célibataires-hommes entrent de façon massive de 60 à 64 ans et surtout de 65 à 69 ans. Deux facteurs se conjuguent pour déterminer leur entrée :

- D'une part, l'arrêt du travail par la mise à la retraite. Celle-ci intervient à 65 ans dans l'industrie (la clientèle de la Charité est essentiellement ouvrière et citadine) et les entreprises commerciales, à 60 ans dans les Houillères, certaines administrations et entreprises d'Etat (Manufacture nationale d'armes, Arsenaux), à 55 ans enfin dans certains secteurs particuliers, peu importants numériquement à Saint-Etienne, comme la S.N.C.F. . La retraite de la Sécurité Sociale peut être accordée à 60 ans, lorsqu'est constaté un vieillissement prématuré du sujet compromettant son potentiel professionnel.

La mise à la retraite est généralement chez l'homme, vécue plus ou moins consciemment comme une impasse existentielle ; le personnage social de l'homme lui est retiré par une institution qui lui paraît aussi inéluctable et injuste que la mort - qu'il vit d'ailleurs parfois comme une mort - source d'angoisse et de sentiment d'intense frustration. Son personnage social, essentiellement représenté par sa profession, est primordial pour l'homme, psychologiquement

aussi essentiel que son nom pour l'individualiser et l'identifier, lui permettre d'exister pour l'autre, satisfaisant, enfin, sa volonté de puissance. L'homme identifie à ce point sa raison d'être à sa profession qu'en général la question que l'on pose au sujet d'un inconnu (avant même, parfois, de demander son nom) est : "Que fait-il ?". L'alcoolique à qui on fait remarquer ses troubles du comportement et du caractère dans le milieu familial ne manque jamais de répondre : "J'ai toujours fait ma journée".

A la perte des intérêts vitaux s'ajoutent l'abandon des habitudes, le changement de structure et de milieu, la rupture affective avec ses compagnons et avec l'atmosphère particulière de son travail, l'éloignement du groupe dont il se sent rejeté "parce qu'il est trop vieux" ; ce rejet est vécu comme la perte de sa virilité, entraînant un sentiment d'impuissance et de culpabilité : "on ne le veut plus, il n'est plus capable...". Le sujet vieillissant doit faire face à tous les aspects, que nous venons de voir, de cette remise en question et, en outre, réorganiser sa personnalité dans le loisir et l'inaction plus ou moins totale. L'absence d'un apprentissage préalable du loisir et d'un violon d'Ingres compromet souvent cette réorganisation ; ceci se voit d'ailleurs dans tous les milieux.

La mise à la retraite n'a pas toujours l'allure et l'évolution d'une catastrophe existentielle mais parfois la seule issue pour le vieillard est le refuge dans la psychose. Une autre issue - véritable enlèvement existentiel - est l'entrée à l'hospice que conditionnent le second facteur que nous

avons annoncé et un aspect de la mise à la retraite que nous avons laissé de côté jusqu'ici : la réduction, souvent très importante, des ressources financières amenant de nombreux vieillards à abandonner leur logement habituel, accroissant encore le rétrécissement vital, et à vivre misérablement dans un taudis avec un chauffage des plus précaire et une sous-alimentation chronique.

D'autre part, la faible autonomie masculine en ce qui concerne la vie domestique. A quelques exceptions près, l'homme éprouve de grosses difficultés à s'acquitter des multiples tâches ménagères usuelles (confection des repas, entretien du logement, du linge, des vêtements ...). Lorsqu'il travaille, il peut éventuellement profiter de certains avantages accordés par l'entreprise qui l'emploie (cantine, logement) et d'autre part faire faire les travaux de lavage, raccomodage, etc. A sa mise à la retraite, il perd ces avantages et ses ressources ne lui permettent plus de payer des services. L'impossibilité où il se trouve alors d'effectuer lui-même ces travaux entre pour une bonne part dans la motivation de l'entrée. Ayant, par exemple à l'occasion d'un épisode infectieux banal, nécessitant l'hospitalisation en raison des conditions déplorables de logement, découvert la vie communautaire, le vieillard célibataire accepte sans trop d'hésitation l'idée d'un placement en hospice.

Les célibataires femmes entrent à l'hospice de façon importante à partir de 60 ans (60-64 ans : 11,5 %)

et surtout de 65 ans (65-69 ans : 15 % ; 70-74 ans : 15,9 % ; 75-79 ans : 16,8 %). Cette ampleur des entrées aux âges peu avancés apparaît encore plus nettement si l'on en rapproche la répartition des entrées des veuves. Chez ces dernières l'accroissement massif des entrées se situe à 70 ans (60-64 ans : 8,9 % ; 65-69 ans : 8,9 % ; 70-74 ans : 17,8 % ; 75-79 ans : 22,8 %).

Bien que chez les célibataires femmes on n'observe pas, comme chez les hommes, un afflux massif des entrées en dix années (60-69 ans), l'influence de la mise à la retraite apparaît certaine chez elles et, de ce point de vue, les femmes célibataires se comportent - au moins partiellement - comme les célibataires masculins. Pour bon nombre d'entre elles, la retraite détermine, après un essai plus ou moins long de vie isolée, l'entrée à l'hospice. Cette influence entre peu en ligne de compte chez les veuves dont beaucoup n'ont jamais travaillé ou ont cessé de bonne heure de le faire ; les statistiques de la Sécurité Sociale montrent que les femmes mariées sont très nombreuses à travailler mais ne le font que pendant un nombre réduit d'années. Chez les femmes célibataires, la mise à la retraite ne détermine pas l'admission à l'hospice en tant que perte du personnage social, car celui-ci est, chez la femme, d'importance psychologique secondaire, mais en tant que source d'inaction : d'assez nombreuses célibataires semblent mal préparées à une vie exclusivement consacrée à des tâches ménagères et c'est par là que leur comportement peut être rapproché de celui des hommes ; l'expérience du mariage, en rendant nécessaire l'apprentissage de la

vie domestique, joue un grand rôle dans cette préparation.

Nous retrouvons ainsi l'élément essentiel qui a été la toile de fond de toute cette analyse : l'isolement. Cet isolement peut rester un contenu psychologique, un état d'âme - le sentiment de solitude - ou bien avoir des implications matérielles immédiates - par exemple chez le vieillard impotent. On le rencontre dans toutes les motivations d'entrée à l'hospice, qu'il les conditionne partiellement ou ~~totale~~ment . L'isolement existe chez pratiquement tous les pensionnaires d'hospice, qu'il soit de tout temps comme chez le célibataire ou bien récent comme chez le veuf.

Le couple n'intervient dans l'admission à l'hospice que lorsque, cessant d'exister ou se dissociant, il cède la place à l'isolement. Bien d'autres facteurs, que nous n'avons pas abordé, conditionnent encore celui-ci : la désagrégation familiale avec la dispersion et l'éloignement des enfants, la disparition des parents - la disparition des amis et relations (là se place la rupture avec le groupe du travail) - la détérioration sensorielle et motrice (le sujet entend et voit moins bien , se déplace malaisément) - la difficulté à suivre le rythme des transformations de la vie quotidienne et à intégrer ces transformations (par exemple un changement monétaire) etc.

Tout au long de ce travail, nous n'avons pu, faute de donnée statistique valable, tenir compte d'un phénomène très important, surtout en milieu citadin : le concubinage. Nous ne saurions dire dans quelle mesure il retarde, en combattant l'isolement, l'entrée à l'hospice. Il est dommage que les dossiers administratifs - et souvent les dossiers médicaux - s'en tiennent ~~seulement~~ aux seules unions légitimes.

CONCLUSIONS

Presque tous les vieillards hébergés à l'hospice de la Charité sont solitaires - du moins si l'on s'en tient aux unions légales - (94,3 %) ; plus de la moitié d'entre eux (56 %) ont été mariés ; 5,7 % ~~seulement~~ le sont encore et enfin 1,6 % sont hébergés en compagnie de leur conjoint (3 couples).

Veufs ou veuves et célibataires ont le même effectif et représentent 90 % de la population de l'hospice. Marié(e)s et divorcé(e)s - séparées se partagent à peu près équitablement les 10 % restants.

Plus de la moitié des femmes (57,4 %) sont veuves contre 13 % de veufs chez les hommes ; les femmes représentent d'ailleurs 92 % de cette catégorie. La moitié des veuves (50,5 %) ont de 75 à 84 ans ; les trois cinquièmes (60 %) sont entrées à l'hospice entre 70 et 84 ans ; l'âge moyen d'admission est de 74 ans et le séjour moyen de 5 ans. Les veufs ont un comportement très voisin ; on note simplement une durée de séjour de 2 ans 1/2 ~~seulement~~.

Hommes et femmes sont à peu près également représentés chez les célibataires : 48 % d'hommes, 52 % de femmes. Les trois quarts des hommes, le tiers des femmes

sont célibataires. Les hommes ont en moyenne 72 ans 1/2 et la masse de leur effectif a moins de 80 ans - les femmes ont en moyenne 76 ans et se trouvent surtout après 75 ans ; les populations s'équilibrent dans la classe 75-79 ans. Les hommes célibataires entrent de façon massive de 60 à 64 ans et surtout de 65 à 69 ans, traduisant l'influence déterminante de la mise à la retraite ; leur âge moyen d'entrée est de 65 ans. Ce facteur est moins important chez les femmes mais conditionne l'augmentation de leurs entrées à partir de 60 ans et surtout de 65 ans. A partir de 70 ans, on retrouve chez elles le rythme et les motivations des entrées des veuves ; leur moyenne d'âge à l'entrée est de 67 ans. Les célibataires se trouvent à l'hospice depuis longtemps : 7 ans 1/2 les hommes, 9 ans 1/2 les femmes, ce qui dénote, dans une certaine mesure, leur bonne adaptation à cette vie communautaire.

Les hommes mariés entrent relativement tard à l'hospice et les femmes mariées relativement tôt : respectivement 71 et 68 ans : la persistance de leur foyer permet aux hommes de demeurer dans le milieu extérieur jusqu'à un âge avancé - un vieillissement prématuré (ou des circonstances particulières) fait entrer à l'hospice certaines femmes avant qu'elles soient devenues veuves. Les hommes représentent les deux cinquièmes des pensionnaires mariés et d'autre part 8 % des hommes et 4,8 % des femmes sont encore mariés.

Il y a autant de pensionnaires divorcés ou séparés que de mariés. Il s'agit de femmes pour la plupart : 5,7 % des

femmes sont divorcées ou séparées. Elles sont admises en moyenne à 73 ans et leur comportement proche de celui des veuves, malgré une vie professionnelle très voisine de celle des célibataires, peut-être attribué à une vie familiale construite autour de leurs enfants.

L'isolement apparaît comme le dénominateur commun à toutes les entrées, habituel chez les célibataires, récent chez les veufs. La mise à la retraite, la faible autonomie de vie isolée sont déterminantes chez les hommes, représentés surtout par des célibataires, mais, partiellement, aussi chez les femmes non mariées. Il est vrai que nous n'avons pas tenu compte d'éventuels concubinages.

CHAPITRE TROISIEME

COMPARAISON AVEC LA LOIRE ET LA FRANCE

COMPARAISON A PROPOS DU SEXE ET DE L'AGE

Nous allons comparer les résultats de l'étude démographique de la population de la Charité au 1^o Mars 1965 avec les données concernant le département de la Loire et la France entière.

Les chiffres que nous utiliserons pour ces comparaisons sont de provenance diverse : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (I.N.S.E.E.), Institut National d'Etudes Démographiques (revue "Population"), etc...

Le tableau XXIII fournit les éléments essentiels concernant les populations de l'hospice, du département de la Loire, de la France. Les chiffres concernant l'hospice proviennent de notre enquête (recensement au 1^o Mars 1965), ceux concernant la Loire et la France proviennent du dépouillement au 1/20 du recensement de 1962 effectué par l'I.N.S.E.E. Ce tableau indique les répartitions de la population selon le sexe, selon l'âge et selon le sexe et l'âge.

La structure démographique du département de la Loire est pratiquement superposable à celle du pays entier, comme le montre d'une part le tableau XXIII, d'autre part

le rapprochement des tableaux de répartition des âges en fonction du sexe (Tableaux XXIV et XXV) ainsi que des pyramides des âges (fig. 22 et 23). Tout au plus, peut-on noter une prédominance féminine discrètement plus accentuée dans la Loire qu'en France, pour toutes les classes d'âge de 60 à 95 ans, différence mise en évidence par la comparaison des histogrammes de répartition des sexes construits à partir des tableaux XXIV et XXV (fig. 24 et 25).

Dans nos comparaisons avec les résultats de notre étude, nous prendrons comme référence plus particulièrement les données concernant la Loire.

La répartition des sexes est très différente à l'hospice et dans le département de la Loire : deux tiers (66,3 %) de femmes à la Charité, à peine plus de la moitié (41,8 %) dans la Loire. Il en est de même pour la proportion des vieillards (60 ans et plus) : moins d'un cinquième (18,2 %) dans la Loire, un peu plus des deux tiers (70 %) à l'hospice où l'on attendrait une plus forte proportion.

Le surpeuplement féminin de l'hospice - par rapport au département - est modéré pour la population de moins de 60 ans ; il est considérable chez les vieillards :

	Charité	Loire
- moins de 60 ans :		
Hommes :	46,7%	50,2%
Femmes :	53,3%	49,8%

TABLEAU XXIII

COMPARAISON DES DONNEES GENERALES DE LA CHARITE, DE LA LOIRE ET DE LA FRANCE

	LA CHARITE			LOIRE			FRANCE		
	Sujets	%	%	Sujets	%	%	Sujets	%	%
Population totale	700	100		695.060	100		46.456.260	100	
Hommes	236	(33,7		334.780	(48,2		22.577.760	(48,6	
Femmes	464	)66,3		360.280	)52,8		23.878.500	)51,4	
Population de moins de 60 ans	210	30		568.580	81,8		38.066.680	81,9	
Hommes	98	(46,7		285.620	(50,2		19.204.280	(50,5	
Femmes	112	)53,3		282.960	)49,8		18.862.400	)49,5	
Population de 60 ans et plus	490	70		126.480	18,2		8.389.580	18,1	
Hommes	138	(27,6		49.160	(38,9		3.373.480	(40,2	
Femmes	352	)72,4		77.320	)61,1		5.016.100	)59,8	
Hommes de moins de 60 ans	98	(41,5		285.620	(85,4		19.204.208	(85,1	
de 60 ans et plus	138	)58,5		49.160	)14,6		3.373.480	)14,9	
Femmes de moins de 60 ans	112	(24,7		282.960	(78,5		18.862.400	(79,0	
de 60 ans et plus	352	)75,3		77.320	)21,5		5.016.100	)21,0	

ÂGE/ EN ANNÉE/

HOMME/
(3.373.480)

FEMME/
(5.016.100)

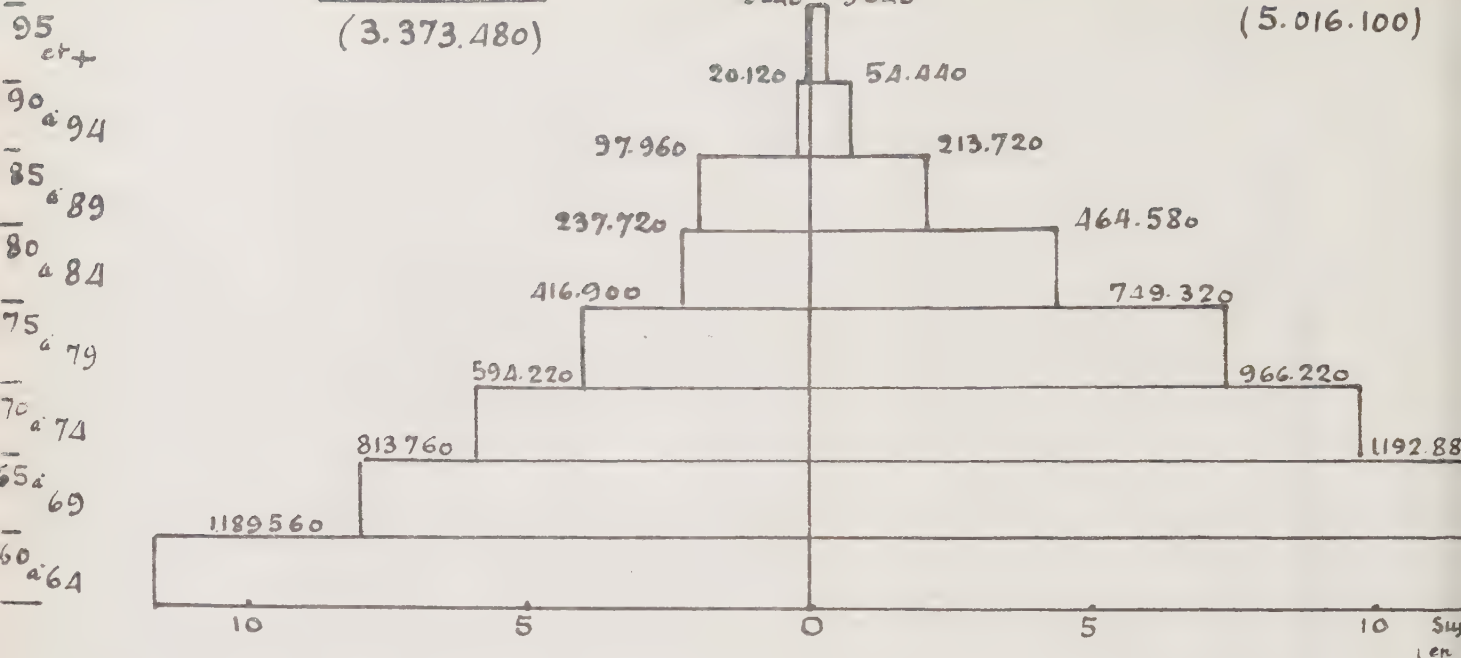


FIG. 22. Pyramide des âges de la population de 60 ans et plus de la France (8.389.580 sujets - INSEE)

Âges en années

HOMME/
(49.160)

FEMME/
(77.320)

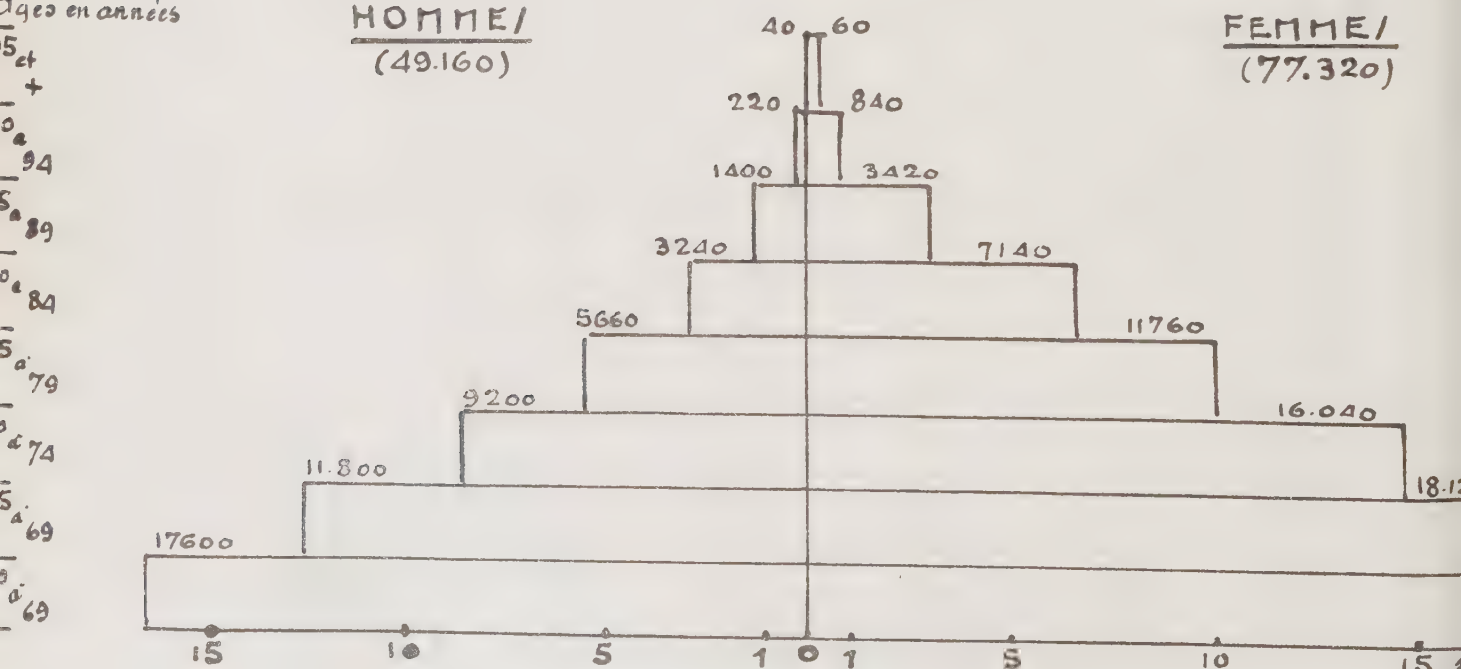


FIG. 23. Pyramide des âges de la population de 60 ans et plus du département de la Loire.

(126.480 sujets - INSEE)

TABEAU XXIV

REPARTITION DES HOMMES ET DES FEMMES
DE LA FRANCE (1962 - I.N.S.E.E.)
PAR CLASSES D'AGES > 60 ANS

AGE	TOTAL	HOMMES	FEMMES
60 à 64	2.554.860 30,5% 100	35,2% 1.189.560 46,6%	27,2% 1.365.300 53,4%
65 à 69	2.006.640 23,9% 100	24,1% 813.760 40,5%	23,8% 1.192.880 59,5%
70 à 74	1.560.440 18,6% 100	17,6% 594.220 38,1%	19,2% 966.220 61,9%
75 à 79	1.166.220 13,9% 100	12,4% 416.900 35,7%	15,0% 749.320 64,3%
80 à 84	702.300 8,4% 100	7,2% 237.720 33,8%	9,3% 464.580 66,2%
85 à 89	311.680 3,7% 100	2,9% 97.960 31,4%	4,3% 213.720 68,6%
90 à 94	74.560 0,9% 100	0,5% 20.120 27%	1,1% 54.440 73%
95 et plus	12.880 0,2% 100	0,1% 3.240 25,1%	0,2% 9.640 74,9%
TOTAL	8.389.580 100,1% 100	100,0% 3.373.480 40,2%	100,1% 5.016.100 59,8%

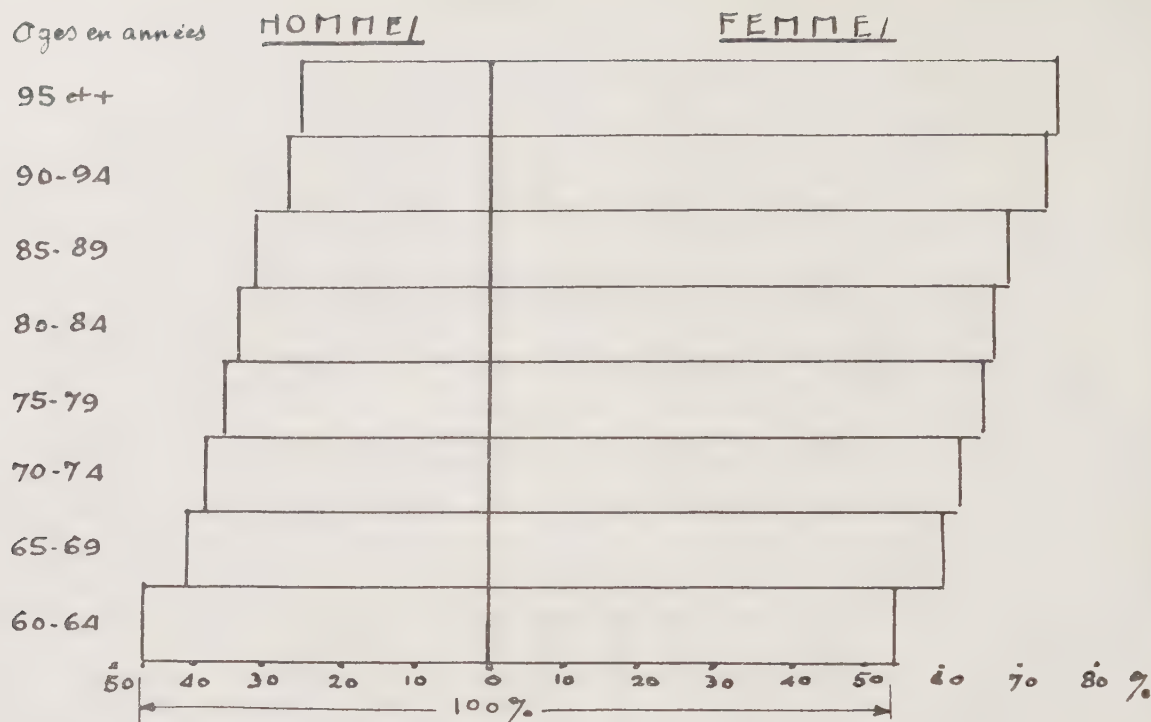


FIG. 24 - Histogramme de répartition des sexes en fonction de l'âge.
Population de 60 ans et plus de la France (8.359.580 sujets INSEE 1962 $\frac{1}{20}$)

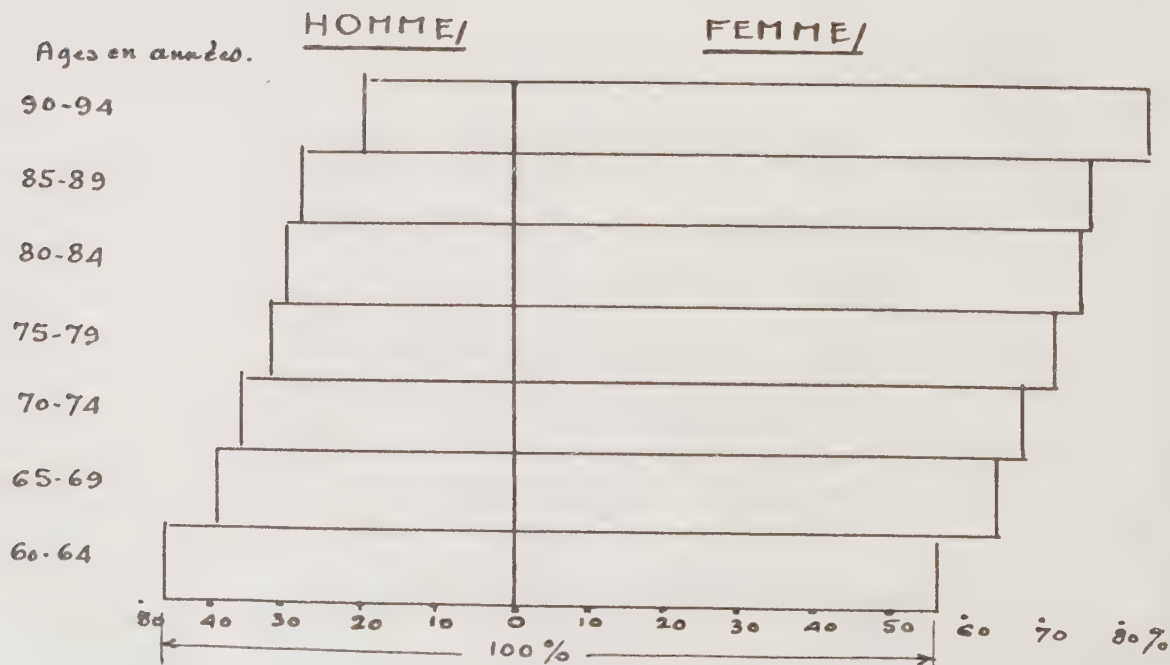


FIG. 25 - Histogramme de la répartition des sexes en fonction de l'âge.
Population de 60 ans et plus de la Loire (126.480 sujets. INSEE 1962 $\frac{1}{20}$).

	Charité	Loire
Hommes :	27,6%	38,9%
- 60 ans et plus :		
Femmes :	72,4%	61,1%

Les pyramides des âges (°) ont un aspect très différent (fig. 3 et 23) : pyramide régulière, presque symétrique pour la Loire- pyramide très irrégulière, violemment asymétrique, à la base exigüe, au maximum de largeur situé au niveau de la quatrième classe d'âge, pour l'hospice.

La comparaison des tableaux de répartition des âges en fonction du sexe (Tableaux I et XXIV, ayant permis la construction des pyramides des âges) fournit certaines précisions. Chez les hommes, la classe 60-64 ans, très importante dans le département où elle rassemble plus du tiers des vieillards, est deux fois moins représentée à l'hospice (17,4 % contre 35,8 %) - les classes suivantes 65-69 et 70-74 ans ont la même représentation à l'hospice que dans le milieu extérieur - à partir de 75 ans, les classes sont surpeuplées à l'hospice, par rapport à l'extérieur : ainsi pour la classe 75-79 ans, 11,5 % des vieillards dans la Loire, 22,5 % à la Charité.

Chez les femmes, on observe un phénomène analogue, le sous-peuplement des classes d'âges inférieures et le surpeuplement des classes d'âges supérieures à l'hospice par rapport au milieu extérieur. Les trois premières

(°) Il s'agit de l'âge actuel (recensement du 1° Mars 1965) en ce qui concerne la population de la Charité.

classes d'âges (contre la première seule dans le cas des hommes) sont ainsi beaucoup moins importantes à l'hospice que dans la Loire : 60-64 ans, 6,8 % contre 25,8 % ; 65-69 ans, 11,6 % contre 23,4 % ; 70-74 ans, 13,9 % contre 20,7 %. A partir de 75 ans, sans classe de transition, les classes d'âges sont beaucoup plus représentées à l'hospice : 75-79 ans, 23,9 % contre 15,2 %.

Les histogrammes de répartition des sexes (fig. 5 et 25) - construits à partir des tableaux II et XXV - ne montrent pas d'énormes différences : l'histogramme de la Loire est plus régulier, la décroissance de la population masculine y est moins rapide et ne se précipite pas dans les classes d'âges avancés comme on le voit sur l'histogramme de l'hospice ; enfin, la proportion masculine est un peu plus forte à l'hospice dans les deux premières classes d'âge, au-delà la prépondérance féminine est beaucoup plus marqué que dans le milieu extérieur (85-89 ans : 18 % d'hommes à l'hospice, contre 29 % dans la Loire). Cela s'explique par le fait que, jusqu'à 75 ans, les femmes sont - nous l'avons vu au paragraphe précédent - considérablement moins représentées à l'hospice que dans la Loire (70 % des femmes de 60 ans et plus ont moins de 75 ans dans la Loire contre 32,3 % seulement à la Charité), tandis que seule la classe initiale (60-64 ans) est moins importante à l'hospice, chez les hommes, que dans la Loire (78,5 % des hommes âgés ont moins de 75 ans dans la Loire contre 58 % à l'hospice).

Le rapprochement de l'âge à l'entrée à l'hospice et

de l'âge de la population de la Loire, en comparant la pyramide des âges d'entrée (fig. 7) et celle des âges de la Loire (fig. 23) ou les tableaux dont elles sont issues (tableaux IV et XXV), ce rapprochement montre - ce que laissait prévoir l'analyse de l'âge actuel - que jusqu'à 75 ans, le recrutement de l'hospice est inférieur, pour chaque classe d'âge, à la représentation de cette classe dans le milieu extérieur ; à partir de 75 ans, le recrutement devient supérieur à la représentation des diverses classes dans le milieu extérieur. Ceci est surtout marqué chez les femmes : ainsi, 12,8 % des femmes sont recrutées dans la classe 65-69 ans qui rassemble 23,4 % des femmes de la Loire - inversement, 16,5 % des femmes sont recrutées dans la classe 80-84 ans, qui représente 9,1 % des femmes âgées à l'extérieur. Chez les hommes, "sous-recrutement" et "sur-recrutement" sont moins importants : 22,5 % des pensionnaires sont recrutés dans la classe 65-69 ans qui groupe 24 % des hommes âgés dans la Loire - inversement, 7,2 % des pensionnaires sont recrutés dans la classe 80-84 ans qui représente 6,6 % des hommes à l'extérieur.

Bref, à partir de 75 ans, les diverses classes d'âges sont plus représentées que dans le milieu extérieur. Jusqu'à 75 ans, chez les femmes, les classes sont moins représentées à l'hospice ; chez les hommes, elles sont moins représentées jusqu'à 65 ans et le sont autant qu'à l'extérieur de 65 à 75 ans.

TABEAU XXV

REPARTITION DES HOMMES ET DES FEMMES
DANS LA LOIRE (1962 - I.N.S.E.E. 1/20)
PAR CLASSES D'AGES 60 ANS

AGE	TOTAL		HOMMES		FEMMES	
60 à 64	29,6%	37.540	100 %	35,8%	17.600	46,9%
65 à 69	23,7%	29.920	100 %	24,0%	11.800	39,4%
70 à 74	19,9%	25.240	100 %	18,7%	9.200	36,4%
75 à 79	13,8%	17.420	100 %	11,5%	5.660	32,5%
80 à 84	8,2%	10.380	100 %	6,6%	3.240	31,2%
85 à 89	3,8%	4.820	100 %	2,9%	1.400	29,0%
90 à 94	0,8%	1.060	100 %	0,4%	220	20,7%
95 et plus	0,1%	100	100 %	0,1%	40	40%
TOTAL	99,9%	126.480	100 %	100,0%	49.160	38,9%
					77.320	61,1%

NB : Dans chaque colonne, les pourcentages qui se trouvent à gauche se lisent verticalement, ceux de droite horizontalement.

COMPARAISONS A PROPOS DE LA CONDITION CIVILE

Pour ces comparaisons, nous utiliserons les mêmes sources de documents statistiques que précédemment.

Les données démographiques usuelles portent sur la condition civile envisagée sous l'aspect de l'opposition "mariés-non mariés". Les sujets mariés sont ceux dont l'union existe au moment du recensement, les non-mariés rassemblent célibataires, veufs, séparés ou divorcés.

En France, dans la population de 60 ans et plus, les trois quarts des hommes (Tableau XXVI) - 74,6 % - et les deux cinquièmes seulement des femmes - 39,7 % - sont mariés. La proportion des sujets mariés passe chez les hommes de 82 % à 60-64 ans, à 29,1 % à 90-94 ans (fig. 26) et chez les femmes, de 60,9 % à 4,1 % (fig. 27). Notons en matière de référence que la proportion des sujets mariés est de 83 % à 35-39 ans et de 84,1 % à 50-54 ans chez les hommes et chez les femmes, de 85,2 % et 76,7 %. La proportion des femmes mariées diminue plus vite que celle des hommes mariés. Cette diminution s'explique par le fait que le veuvage en est le responsable (à partir de 50 ans, le divorce devient assez peu fréquent) et que, pour la plupart, les femmes ont épousé des hommes plus âgés.

Une évolution semblable s'observe dans le département de la Loire (Tableau XXVII) ; on relève toutefois quelques différences : la proportion des gens de 60 ans et plus mariés est légèrement inférieure : 72,6 % chez les hommes - 37,4 % chez les femmes. La proportion des hommes mariés diminue de façon plus marquée qu'en France, jusqu'à 85 ans : 84,2% à 35-39 ans - 83,3 % à 50-54 ans - 79,5 % à 60-64 ans (fig. 28). C'est l'inverse chez les femmes : jusqu'à 85 ans, la diminution de la proportion des mariées - à partir d'un pourcentage identique à 60-64 ans - est moins importante qu'en France (fig. 29). A noter que la proportion des femmes mariées est supérieure dans la Loire, aux deux classes plus jeunes prises comme référence : 87,5 % à 35-39 ans - 78,2 % à 50-54 ans - 60,9 % à 60-64 ans.

Les pyramides des âges des sujets mariés sont très voisines pour la France et la Loire (fig. 30 et 31) ; elles ne sont pas d'un grand intérêt : il s'agit d'une population qui diminue régulièrement avec l'âge. Il n'en est pas de même chez les sujets non mariés dont la proportion, dans la population - des 60 ans et plus - totale, augmente avec l'âge. Chez les hommes, la diminution de l'effectif d'une classe à l'autre est beaucoup moins importante que dans le cas des sujets mariés et la pyramide est beaucoup plus abrupte (fig. 32 et 33). Chez les femmes, l'élévation de la proportion des non mariées est si considérable qu'elle dépasse - pendant quelques classes d'âge - la baisse, par décès, de la population féminine totale et que l'effectif des non mariées augmente. Cette augmentation

AGE/ EN ANNÉE/

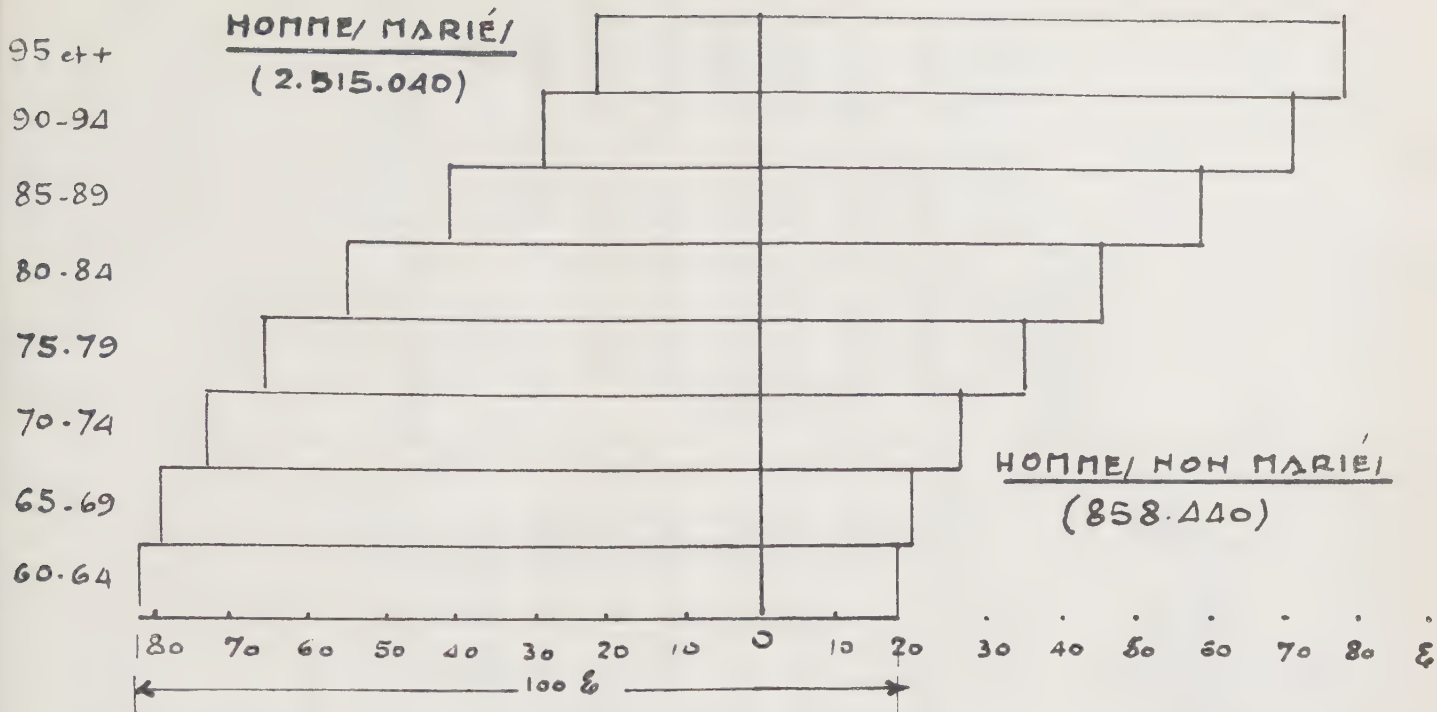


FIG. 26. Histogramme de répartition des hommes mariés et non mariés de 60 ans et plus par âge en France (3.373.480 sujets. IN/EE 1962 $\frac{1}{20}$)

AGE/ EN ANNÉE/

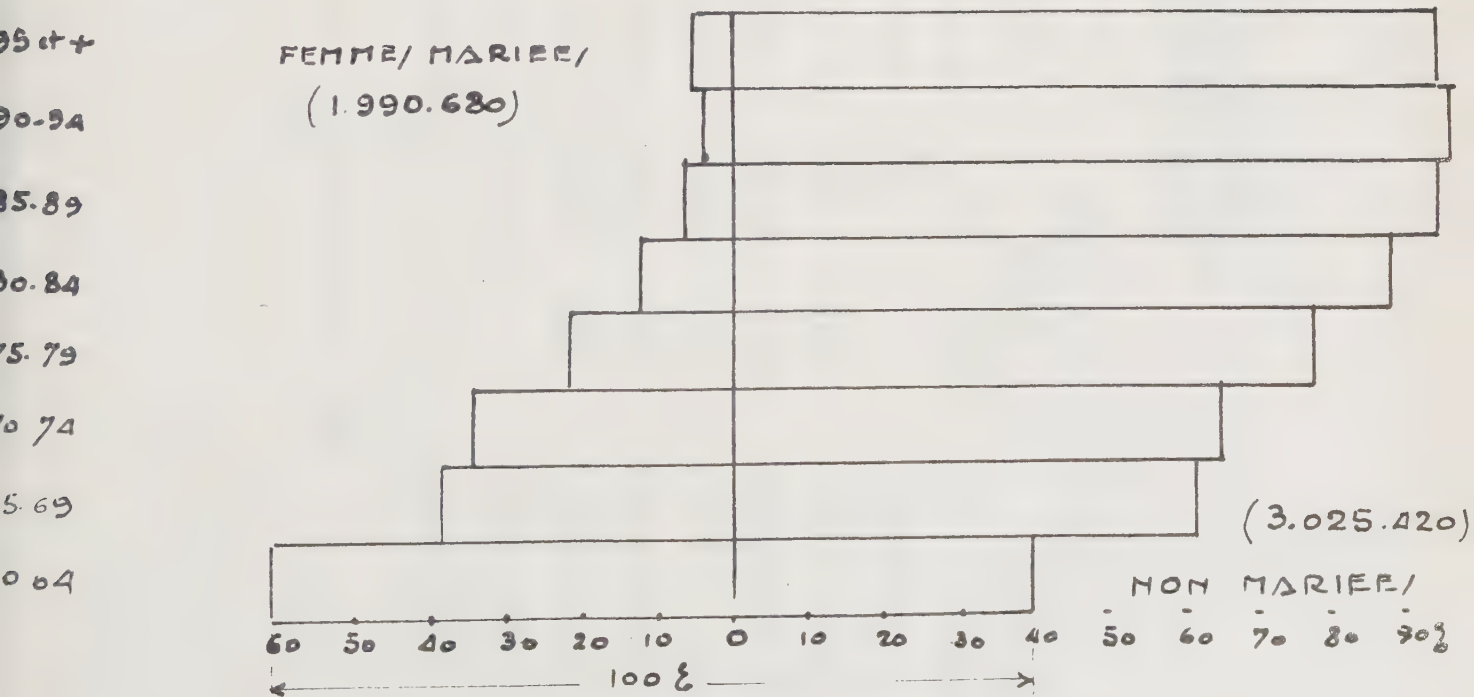


FIG. 27. Histogramme de répartition des femmes mariées et non mariées de 60 ans et plus par âge en France (5.015.100 sujets. IN/EE 1962 $\frac{1}{20}$)

TABLEAU XXVI

REPARTITION DES HOMMES ET DES FEMMES
MARIÉS ET NON MARIÉS PAR CLASSE D'ÂGE > 60 ANS
POUR LA FRANCE (1962 - I.N.S.E.E. 1/20)

AGE	H O M M E S			F E M M E S		
	TOTAL	MARIÉS	NON MARIÉS	TOTAL	MARIÉS	NON MARIÉS
60 à 64	1.189.560 100%	975.700 82%	213.860 18%	1.365.300 100%	831.720 60,9%	533.580 39,1%
65 à 69	813.760 100%	646.680 79,5%	167.080 20,5%	1.192.880 100%	580.120 48,6%	612.760 51,4%
70 à 74	594.220 100%	441.100 73,2%	153.120 26,8%	966.220 100%	335.920 34,8%	630.300 65,2%
75 à 79	416.900 100%	274.780 65,9%	142.120 34,1%	749.320 100%	167.280 22,3%	582.040 77,7%
80 à 84	237.720 100%	129.780 54,6%	107.940 45,4%	464.580 100%	58.700 12,6%	405.880 87,4%
85 à 89	97.960 100%	40.440 41,3%	57.520 58,7%	213.720 100%	14.180 6,6%	199.540 93,4%
90 à 94	20.120 100%	5.860 29,1%	14.260 70,9%	54.440 100%	2.240 4,1%	52.200 95,9%
95 et plus	3.240 100%	700 21,6%	2.540 78,4%	9.640 100%	520 5,4%	9.120 94,6%
TOTAL	3.373.480 100%	2.515.040 74,6%	858.440 25,4%	5.016.100 100%	1.990.680 39,7%	3.025.420 60,3%

N.B. Les pourcentages se lisent horizontalement.

AGE/ EN ANNÉES/

HOMME/ MARIÉ/

90-94 (35.680)

85-89

80-84

75-79

70-74

65-69

60-64

80 70 60 50 40 30 20 10 0 10 20 30 40 50 60 70 %
100 %

HOMME/ NON MARIÉ/

(13.480)

FIG.28 Histogramme de répartition des hommes mariés et non mariés de 60 ans et plus par âges, dans la LOIRE (49.160 sujets, INSEE 1962 $\frac{1}{20}$)

AGE/ EN ANNÉES/

FEMME/ MARIÉE/

(28.920)

90-94

85-89

80-84

75-79

70-74

65-69

60-64

FEMME/ NON MARIÉE/

(48.400)

60 50 40 30 20 10 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 %
100 %

FIG.29. Histogramme de répartition des femmes mariées et non mariées de 60 ans et plus, par âges, dans la LOIRE (77.320 sujets INSEE 1962 $\frac{1}{20}$).

TABEAU XXVII

REPARTITION DES HOMMES ET DES FEMMES
MARIES ET NON MARIES PAR CLASSE D'AGE > 60 ANS
POUR LA LOIRE (1962 - I.N.S.E.E. 1/20)

AGE	H O M M E S			F E M M E S		
	TOTAL	MARIES	NON MARIES	TOTAL	MARIEES	NON MARIEES
à 64	17.600 100%	14.000 79,5%	3.600 20,5%	19.940 100%	12.140 60,9%	7.800 39,1%
à 69	11.800 100%	9.200 78,0%	2.600 22,0%	18.120 100%	8.540 47,1%	9.580 52,9%
à 74	9.200 100%	6.740 73,3%	2.460 26,7%	16.040 100%	4.820 30,1%	11.220 69,9%
à 79	5.660 100%	3.400 60,1%	2.260 39,9%	11.760 100%	2.220 18,9%	9.540 81,1%
à 84	3.240 100%	1.660 51,2%	1.580 48,8%	7.140 100%	840 11,8%	6.300 88,2%
à 89	1.400 100%	580 41,2%	820 58,6%	3.420 100%	320 9,4%	3.100 90,6%
à 94	220 100%	80 36,4%	140 63,6%	840 100%	40 4,8%	800 95,2%
et plus	40 (100%)	20 (50%)	20 (50%)	60 (100%)	0 0	60 (100%)
TOTAL	49.160 100%	35.680 72,6%	13.480 27,4%	77.320 100%	28.920 37,4%	48.400 62,6%

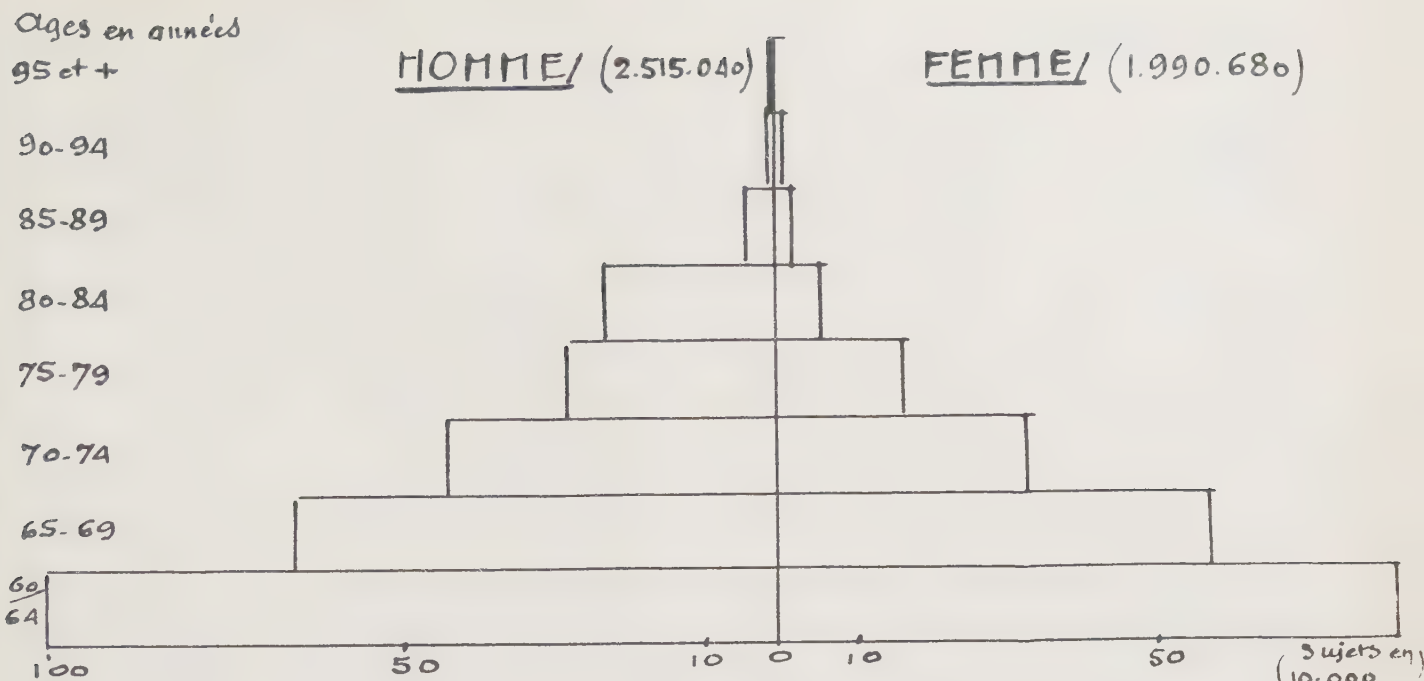


FIG. 30. Pyramide des âges des sujets mariés en France (4.505.720 IM/EE 1962 - $\frac{1}{20}$)

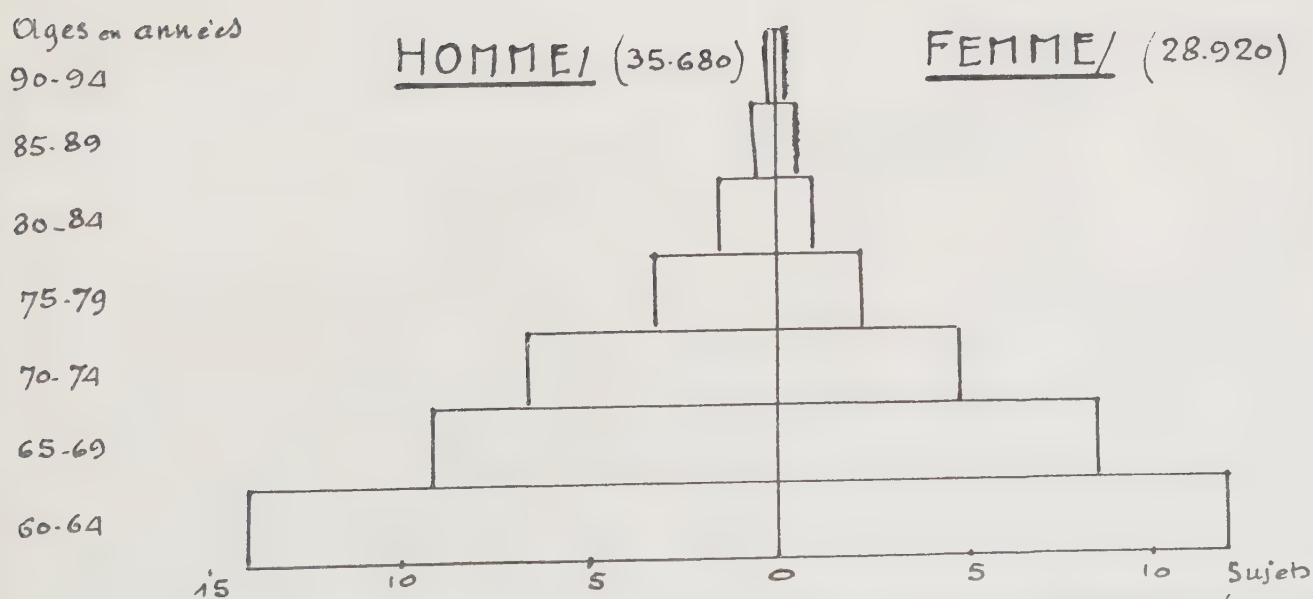


FIG. 31 Pyramide des âges des sujets mariés dans la Loire (64.600 IM/EE 1962 $\frac{1}{20}$) (en 1000)

La classe 95 ans et plus n'est pas représentée en raison de son effectif insuffisant.

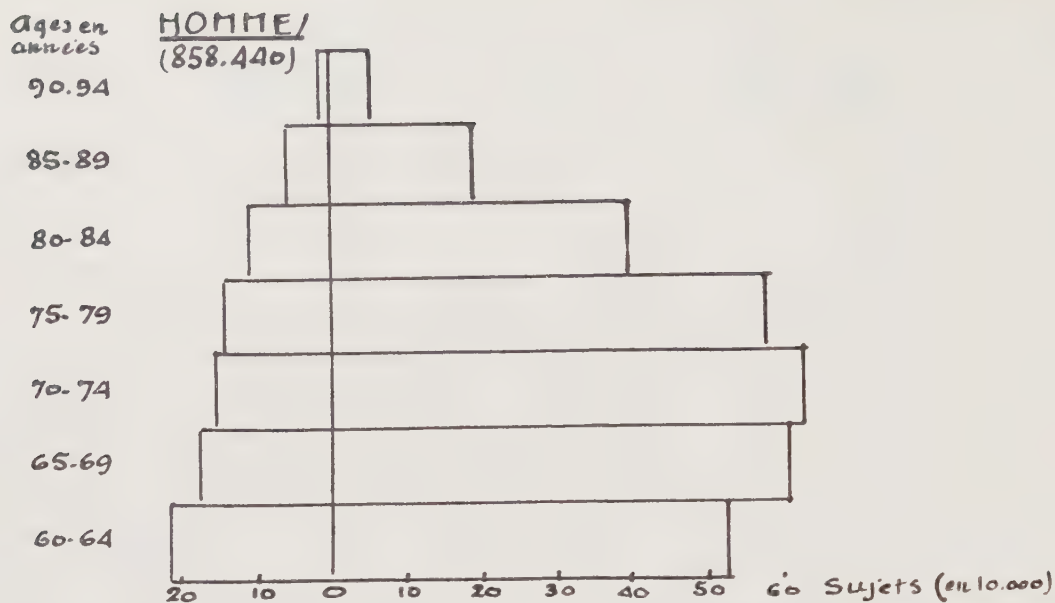


FIG. 32 Pyramide des âges des sujets non mariés en France. (3.883.860 sujets. IM/EE 1962. $\frac{1}{20}$)
La classe 95 ans et plus n'est pas représentée en raison de son effectif insuffisant

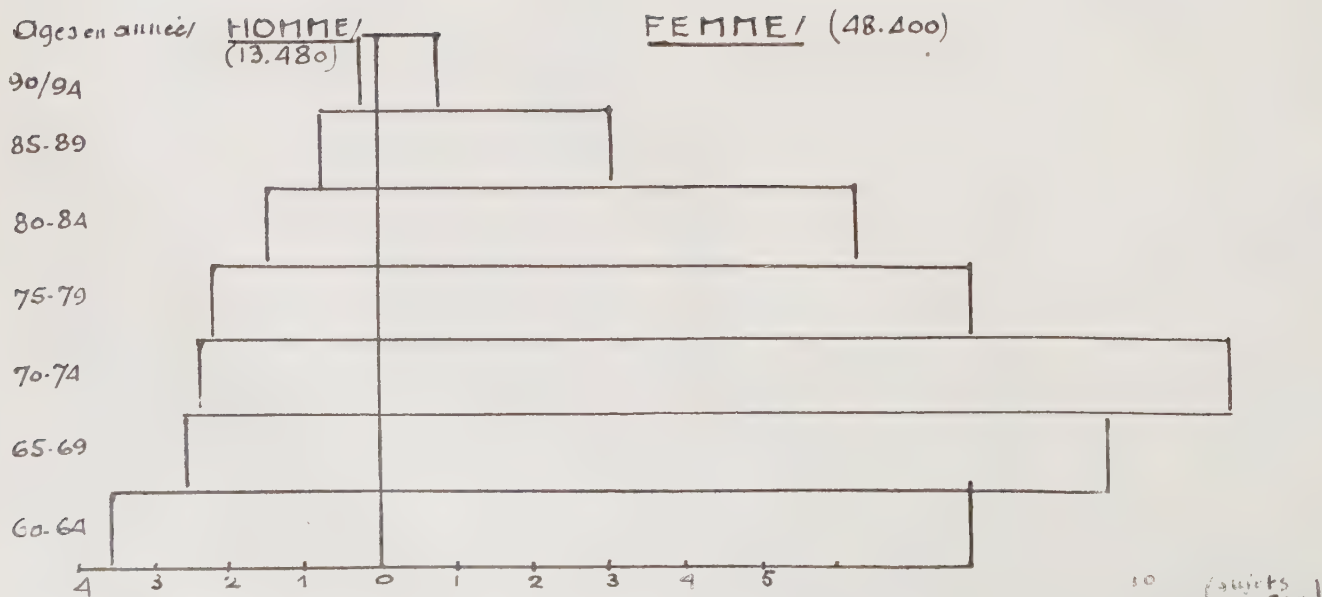


FIG. 33 Pyramide des âges des sujets non mariés de la Loire (42.400 sujets IM/EE 1962. $\frac{1}{20}$)
La classe 95 ans et plus n'est pas représentée en raison de son effectif insuffisant.

apparaît pour la classe 50-54 ans et se manifeste jusqu'à la classe 70-74 ans comprise (nous avons, pour fixer le départ de ce phénomène, tenu compte de l'effectif anormalement bas de la classe 45-49 ans, lié à la guerre de 1939-45) ; ainsi, le nombre des femmes non mariées passe de 348.160 à 50-54 ans, à 630-300 à 70-74 ans tandis que le nombre total des femmes passe de 1.493.980 à 966.220, en France - dans la Loire, les non mariées passent de 4.880 à 50-54 ans, à 11.220 à 70-74 ans et la population féminine totale de 22.360 à 16.040. La partie la plus large de la pyramide des âges des non mariées se trouve donc non au niveau de la classe initiale (60-64 ans) mais à celui de la troisième classe (70-74 ans) ; ceci est surtout très marqué sur la pyramide de la Loire.

Ce phénomène s'explique par la disparition massive des époux des femmes de 50 à 75 ans, plus âgés qu'elles habituellement, d'une part, et victimes, d'autre part, de la surmortalité masculine, tandis que la mortalité féminine ne se fera sentir que plus tard.

Dans les comparaisons de la condition civile des pensionnaires de la Charité avec le milieu extérieur, nous prendrons comme référence de ce milieu, les chiffres concernant la Loire.

Les comparaisons porteront essentiellement sur

les non-mariés car c'est principalement chez eux que se recrutent les pensionnaires de l'hospice : 5,7 % de mariés seulement. Rappelons que les non-mariés représentent plus du quart des hommes et près des deux tiers des femmes de la Loire.

La pyramide des âges des sujets non mariés à la Charité (fig. 34) offre un aspect assez proche de celui de la pyramide correspondante de la Loire, tout au moins en ce qui concerne les femmes, car, chez les hommes de la Charité, la prépondérance des classes 65-69 et 75-79 ans n'est pas retrouvée dans la Loire. La silhouette de la pyramide des femmes non mariées de la Loire se rapproche de celle de la pyramide des âges des femmes (non mariées = 95,2 %) de la Charité mais l'effectif maximum se situe à la Charité au niveau de la classe 75-79 ans (et non 70-74 ans) et la classe suivante, 80-84 ans, est presque aussi peuplée, se détachant toutes deux nettement des autres classes d'âge.

La pyramide des âges d'entrée à l'hospice n'apporte pas d'élément nouveau (fig. 35) : chez les hommes, prépondérance de la classe 65-69 ans, la classe 60-64 ans venant ensuite comme effectif - chez les femmes, prépondérance des entrées des non mariées à 75-79 ans, les classes 70-74 et 80-84 ans alignant un effectif peu différent.

On peut admettre que les femmes, devenues solitaires par le veuvage en nombre croissant jusqu'à 75 ans, ne sont admises à l'hospice que quelques années plus tard, après une expérience de vie isolée, lorsque leur autonomie de vie diminue ou leur paraît diminuer.

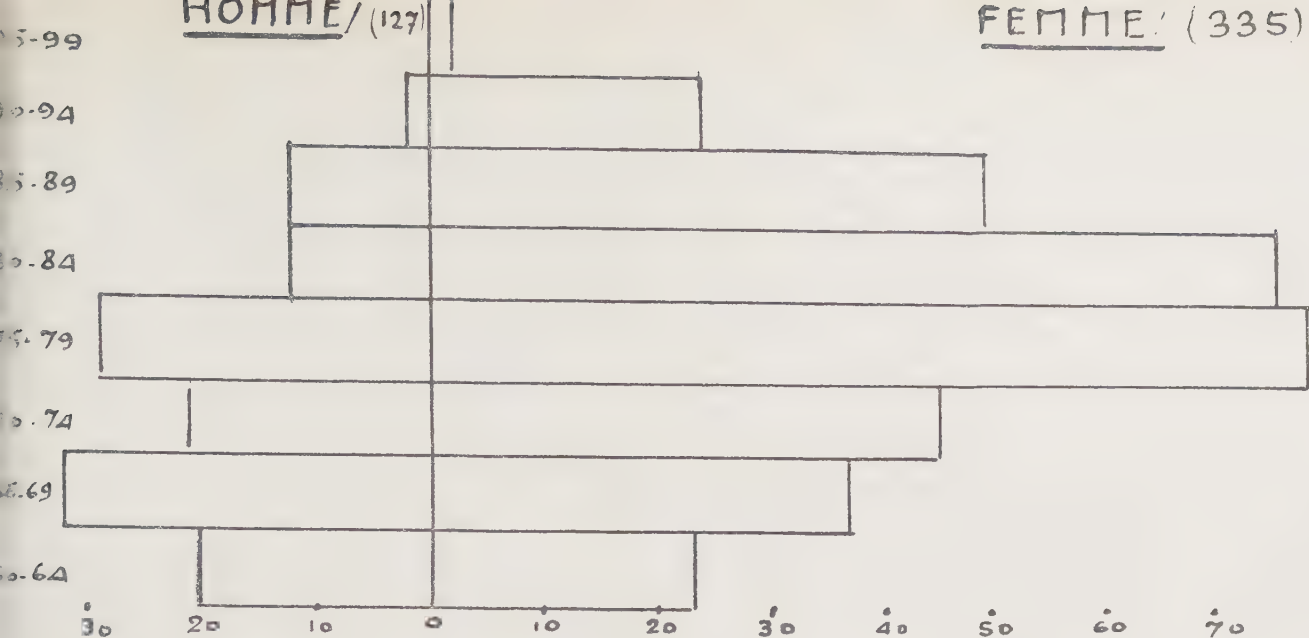


FIG. 34 - Pyramide des âges des non-mariés à la Charité. (462 sujets. Mars 1900)

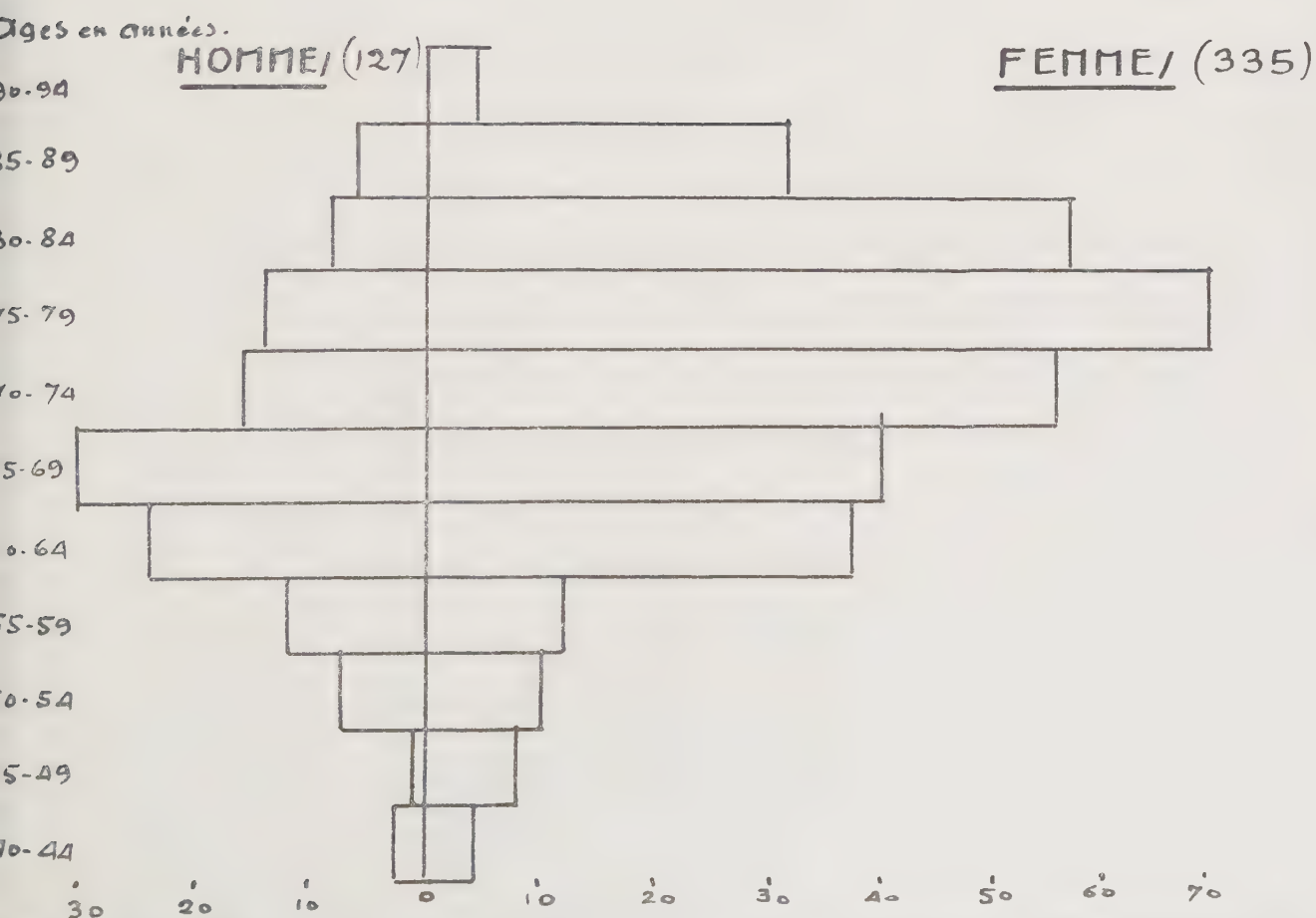


FIG. 35 - Pyramide des âges à l'entrée des sujets non mariés à la Charité (462 sujets. Mars 1900)

CONCLUSIONS

La démographie de l'hospice est, comme on pouvait s'y attendre, bien différente de celle de la Loire ou de la France.

La représentation des diverses classes d'âge dans la population de 60 ans et plus est très différente à l'hospice et dans le milieu extérieur. Chez les hommes, qui groupent un peu moins des deux cinquièmes de la population de la Loire et un peu plus du quart des pensionnaires de la Charité, deux limites se dessinent : jusqu'à 65 ans, la classe initiale est deux fois moins représentée à l'hospice que dans le milieu extérieur - de 65 à 75 ans, les représentations des classes sont identiques - à partir de 75 ans, les effectifs, en pourcentage, des classes d'âges sont beaucoup plus importants qu'à l'extérieur. Chez les femmes, il n'existe qu'une limite - 75 ans : sous-peuplement des classes d'âges inférieures et surpeuplement des classes d'âges supérieures à l'hospice par rapport au milieu extérieur. Si bien que la proportion masculine est légèrement plus forte à l'hospice que dans la Loire jusqu'à 70 ans, la prépondérance féminine étant plus marquée ensuite à la Charité.

Il en est de même pour les admissions à l'hospice : le recrutement de l'hospice est inférieur, surtout chez les femmes, à la représentation de chaque classe d'âge dans le milieu extérieur, jusqu'à 75 ans ; il l'emporte au delà.

A partir de 60 ans, les trois quarts des hommes et les deux cinquièmes des femmes sont mariés dans la Loire ; la proportion des gens mariés diminue, lentement chez les hommes, rapidement chez les femmes. L'effectif numérique des femmes non mariées augmente même, par suite de l'importance du veuvage, jusqu'à 75 ans. C'est parmi les non marié(e)s que l'hospice recrute la presque totalité de ses effectifs. Chez les hommes, le recrutement le plus important se fait dans les classes inférieures alors que la proportion des gens mariés a pratiquement peu varié à l'extérieur, atteignant presque encore les quatre cinquièmes ; on peut donc penser qu'il s'agit de célibataires et que l'influence de la retraite est, chez eux, prépondérante. Nous retrouvons les constatations faites à propos de l'étude de l'hospice isolé. Chez les femmes, la pyramide du recrutement suit, avec un décalage, celle des non mariées de la Loire, reproduisant, en particulier, l'augmentation due au veuvage ; les femmes admises à l'hospice sont donc pour beaucoup des veuves, entrant à l'hospice plusieurs années après le décès de leur conjoint, après un essai de vie autonome.

TROISIEME PARTIE

ETUDE DE LA POPULATION DECEDEE

INTRODUCTION

Ainsi que nous l'avons exposé dans le chapitre de méthodologie (p. 15 à p. 26), nous avons rassemblé les dossiers de tous les pensionnaires de l'hospice décédés au cours des années 1960-61-62 et 63 (*).

La plupart d'entre eux sont morts à l'hospice même, les autres - moins d'une vingtaine - dans les services médicaux ou chirurgicaux du Centre Hospitalier de Saint-Etienne, où la gravité de leur état les avait fait transporter. Nous avons conservé ces derniers sujets dans notre travail, car ils n'ont cessé de faire partie de la population de l'hospice. Quant à ceux dont le décès a pu survenir après des mois ou des années passés en milieu hospitalier où les avait adressés l'hospice, ils ont été spontanément écartés, leur dossier n'ayant jamais été complété au delà de la mention du transfert et se trouvant ipso facto en dehors des archives de décès.

Il existe encore une autre catégorie trompeuse, amenant des erreurs, par défaut cette fois. Nous voulons

(*) C'est-à-dire les quatre années précédant immédiatement le début de notre enquête.

parler des sorties "en état physique précaire" où le sujet, dont le pronostic fatal ne fait aucun doute - quant il n'est pas tout près d'être vérifié - est emmené par sa famille. Les dossiers médicaux de ces sujets, véritables décès déguisés, sont, dans de nombreux établissements "archivés" sous la rubrique "sorties", améliorant de notable façon les statistiques de certains services. Pour apprécier cette cause d'erreur, dont nous redoutions l'importance dans un service de vieillards, nous avons procédé à une enquête auprès du personnel médical, infirmier et administratif. Pour diverses raisons (délai d'appel de la famille, carence de cette famille, etc...), cette modalité de sortie n'a jamais cours.

Ainsi, pouvons-nous nourrir l'espoir d'avoir rassemblé la totalité des décès des quatre années.

; Rappelons que nous avons travaillé sur les dossiers médicaux qui nous ont fourni deux catégories de renseignements :

- les uns temporels : l'âge à l'entrée, au décès, la date du décès.
- les autres strictement cliniques.

Ces informations, recueillies sur fiches puis transcrites en code, enfin traduites en perforations, ont été traitées sur machines Bull. 443 dossiers ont ainsi été étudiés. Certaines analyses portent néanmoins sur 475 sujets ; en effet, nous avons dépouillé et traité manuellement 32 dossiers concernant les décès masculins survenus en 1960 - ces dossiers nous étant parvenus tardivement (cf. 1^o partie, p.27).

Ces données chronologiques font, seules, l'objet de cette troisième partie, la pathologie constituant, à elle-seule,

deux parties, la quatrième et la cinquième.

Nous envisagerons successivement :

- l'âge d'admission à l'hospice,
- l'âge de décès,
- la durée de séjour,
- l'année et le mois de décès.

Nous comparerons, enfin, cette étude à celle de la population vivante du même hospice d'une part, à celle des décès survenus au cours de ces quatre années dans le département de la Loire et en France, d'autre part.

CHAPITRE PREMIER

ETUDE DE L'AGE

ETUDE DE L'AGE A L'ENTREE

Les 443 décès examinés se répartissent en :

- 137 hommes, soit 29 %
 - 338 femmes, soit 71 %
- (475 = 100)

donc, moins du tiers d'hommes.

Tout au long de cette étude, notre attention se portera plus particulièrement sur la partie de la population de la Charité, composée de vieillards.

Nous comprenons, par là, les sujets ayant atteint ou dépassé l'âge de 60 ans ; et dans cette étude, nous avons pris comme référence de cette limite le décès. Ce sont donc les sujets décédés à 60 ans et plus que nous considérerons plus spécialement.

Néanmoins, nous avons cru devoir faire porter l'analyse de l'âge sur la totalité des dossiers, sans distinction d'âge de décès. Ceci pour trois raisons :

- d'abord, du fait même de la mort, l'examen de l'âge d'entrée de sujets de moins de 60 ans n'est pas dépourvu d'intérêt ;
- ensuite, le dépouillement ~~mécanographique~~ de chaque paramètre a été effectué indépendamment des autres, tout au moins lors du listage initial ;
- enfin, une étude des corrélations entre les âges à l'entrée et au décès permet de tenir compte des sujets décédés avant

60 ans ; leur effectif est d'ailleurs réduit : 25 (13 hommes et 12 femmes), soit 5,3 % ($475 = 100$) de la population totale.

Les âges extrêmes d'admission observés chez la population décédée sont 3 et 100 ans. Ils ont été relevés chez des pensionnaires-femmes, les extrêmes masculins étant 14 et 94 ans. L'âge moyen d'entrée est d'un peu plus de 74 ans (74 ans 4 mois). La différence entre les âges moyens d'entrée de chaque sexe est considérable ; les femmes entrent à l'hospice en moyenne 6 ans plus tard que les hommes : 77 ans 4 mois pour les femmes, 71 ans 4 mois pour les hommes.

Comme lors de l'étude de la population vivante, et pour les mêmes raisons, nous avons décidé d'écarter les entrées survenues avant l'âge de 40 ans (cf. p. 49), 5 hommes et 4 femmes de 3 à 39 ans ont été ainsi laissés de côté. Remarquons au passage que les hommes l'emportent pour ces entrées précoces, malgré leur considérable infériorité d'effectif total.

La pyramide des âges (fig. 36) construite à partir des données du tableau XXVIII, à l'aide de classes d'âges de cinq ans - comme dans la deuxième partie de ce travail, onze classes de 40 à 94 ans, la dernière ouverte 95 ans et plus - montre, dans les deux sexes, une croissance des effectifs jusqu'à une classe maximale et une décroissance au-delà. La classe la plus représentée est celle de 80 à 84 ans. Malgré ces points communs, le comportement est différent selon le sexe. Chez les hommes, on note une croissance très régulière - si l'on excepte le "trou" représenté par la classe 55-59 ans, très faiblement

Âges en années

HOMME/
(132)

FEMME/ 334

95 et +

90-94

85-89

80-84

75-79

70-74

65-69

60-64

55-59

50-54

45-49

40-44

30 20 10 0 10 20 40 60 80 sujets

FIG.36 Pyramide des âges d'entrée. Population décédée de la Charité (notre enquête, 464 sujets, 40 ans et +)

Âges en années

HOMME/ (137)

FEMME/ (338)

95 et +

90-94

85-89

80-84

75-79

70-74

65-69

60-64

55-59

50-54

45-49

40-44

< 40

20 10 0 10 20

FIG.37 Pyramide des âges, exprimées en % d'entrée. Population décédée de la Charité (notre enquête, 475 sujets tous âges)

TABEAU XXVIII

AGES D'ENTREE DES DECEDES A LA CHARITE
(475 sujets)

CLASSES	REPARTITION NUMERIQUE				REPARTITION EN POURCENTAGE		
	(Répartition des âges en fonction du sexe)				(Répartition des sexes en fonction de l'âge)		
	Hommes	%	Femmes	s %	Total	%	Total
Avant 40 ans	5	3,7	4	1,2	9	55,5	44,5 100%
40 à 44 ans	1	0,7	2	0,6	3	33,5	66,7 -
45 à 49 ans	5	3,7	2	0,6	7	71,4	28,6 -
50 à 54 ans	7	5,1	6	1,7	13	53,8	46,2 -
55 à 59 ans	3	2,2	11	3,3	14	21,4	78,6 -
60 à 64 ans	11	8,-	11	3,3	22	50,-	50,- -
65 à 69 ans	15	10,9	19	5,6	34	44,1	55,9 -
70 à 74 ans	21	15,3	53	15,7	74	28,4	71,6 -
75 à 79 ans	24	17,5	61	18,-	85	28,2	71,8 -
80 à 84 ans	29	21,2	82	24,3	111	26,1	73,9 -
85 à 89 ans	11	8,-	60	17,8	71	15,5	84,5 -
90 à 94 ans	5	3,7	21	6,2	26	19,2	80,8 -
95 et plus	0	-	6	1,7	6	0	100,- -
TOTAL	137	100,-	338	100,-	475	100,-	

peuplée - du nombre des entrées, de classe en classe, jusqu'à la classe 80-84 ans. La décroissance est immédiate et la classe 85-89 ans aligne seulement le même effectif que la classe 60-64 ans. La classe terminale masculine est fermée (90-94 ans).

Chez les femmes, la croissance des effectifs est beaucoup moins régulière ; il existe des augmentations très considérables entre deux classes consécutives : ainsi de 65-69 ans à 70-74 ans, de 75-79 à 80-84 ans.

La décroissance au delà de la classe maximale 80-84 ans s'effectue sur le même mode, de façon presque symétrique : les classes 75-79 ans et 85-89 ans ont ainsi, à une unité près, la même population.

Il faut noter encore : - d'une part que, malgré la différence numérique globale des deux sexes, la pyramide est pratiquement symétrique jusqu'à 70 ans ; - d'autre part que, si la classe 55-59 ans est très faiblement représentée chez les hommes et constitue, de ce fait, un hiatus dans la progression, elle rompt aussi la régularité de la pyramide féminine, en alignant cette fois un effectif plus important, égalant celui de la classe suivante.

La construction de la pyramide des âges avec des classes d'âges exprimées en pourcentage (total hommes = total femmes = 100 %) (cf. 2^o partie, p. 43 et p. 50) nous apporte des précisions intéressantes (fig. 37) : - la pyramide est symétrique de 70 à 84 ans et les trois classes correspondantes

(70-74, 75-79 et 80-84 ans) ont pratiquement des pourcentages masculins et féminins identiques (tableau XXIII, pourcentages de gauche). Les hommes l'emportent avant 70 ans, les femmes après 84 ans : 34,3 % des entrées masculines interviennent avant 70 ans contre 16,3 % chez les femmes - 25,7 % des femmes n'entrent qu'au-dessus de 84 ans contre 11,7 % des hommes. Les trois classes symétriques sont également les plus représentées (seule, la classe 85-89 ans possède un effectif féminin comparable) ; plus de la moitié des entrées (56,9 %) ont lieu de 70 à 84 ans : 54 % des admissions masculines, 58 % des admissions féminines.

Nous ne constatons pas d'élévation significative du nombre des entrées aux âges de la retraite (55, 60 et 65 ans).

Un fait est à signaler pour terminer : - les âges moyens d'entrée ne sont pas contenus dans les classes maximales. Ils se situent, en effet, pour les hommes dans la classe de 70 à 74 ans et pour les femmes dans celle de 75 à 79 ans. Le calcul à l'aide des pourcentages nous apprend que la population masculine s'équilibre autour de la charnière des classes 70-74 et 75-79 ans. En ce qui concerne les femmes, l'équilibre se situe à la charnière 75-79 et 80-84 ans : exactement autant d'entrées en-dessous de 80 ans qu'au-dessus de 79 ans. Le décalage de la moyenne vers le bas s'explique par l'importance relative des entrées précoces, surtout chez les hommes - on se souvient d'ailleurs qu'un tiers (34,3 %) de ceux-ci sont admis avant 70 ans. Les entrées s'étaient d'ailleurs sur sept classes (dans le cas des pensionnaires-hommes) pour la moitié inférieure, sur quatre seulement pour la

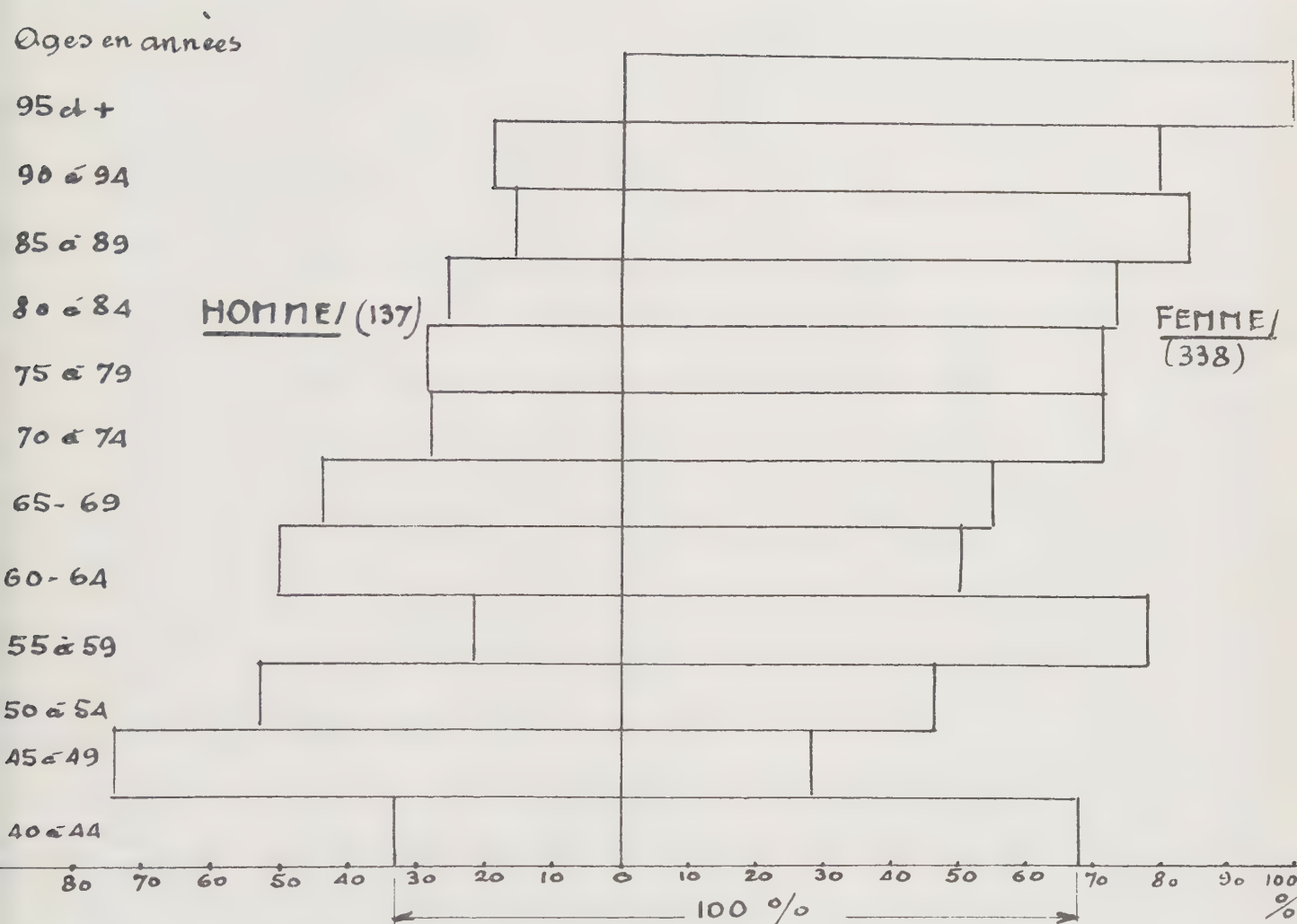


FIG. 38. Histogramme de répartition des sexes en fonction de l'âge à l'entrée -
Population décédée de la 'Gazette' (Notre enquête. 475 sujets tous âges).

Âges en années

HOMME / (137)

FEMME / (338)

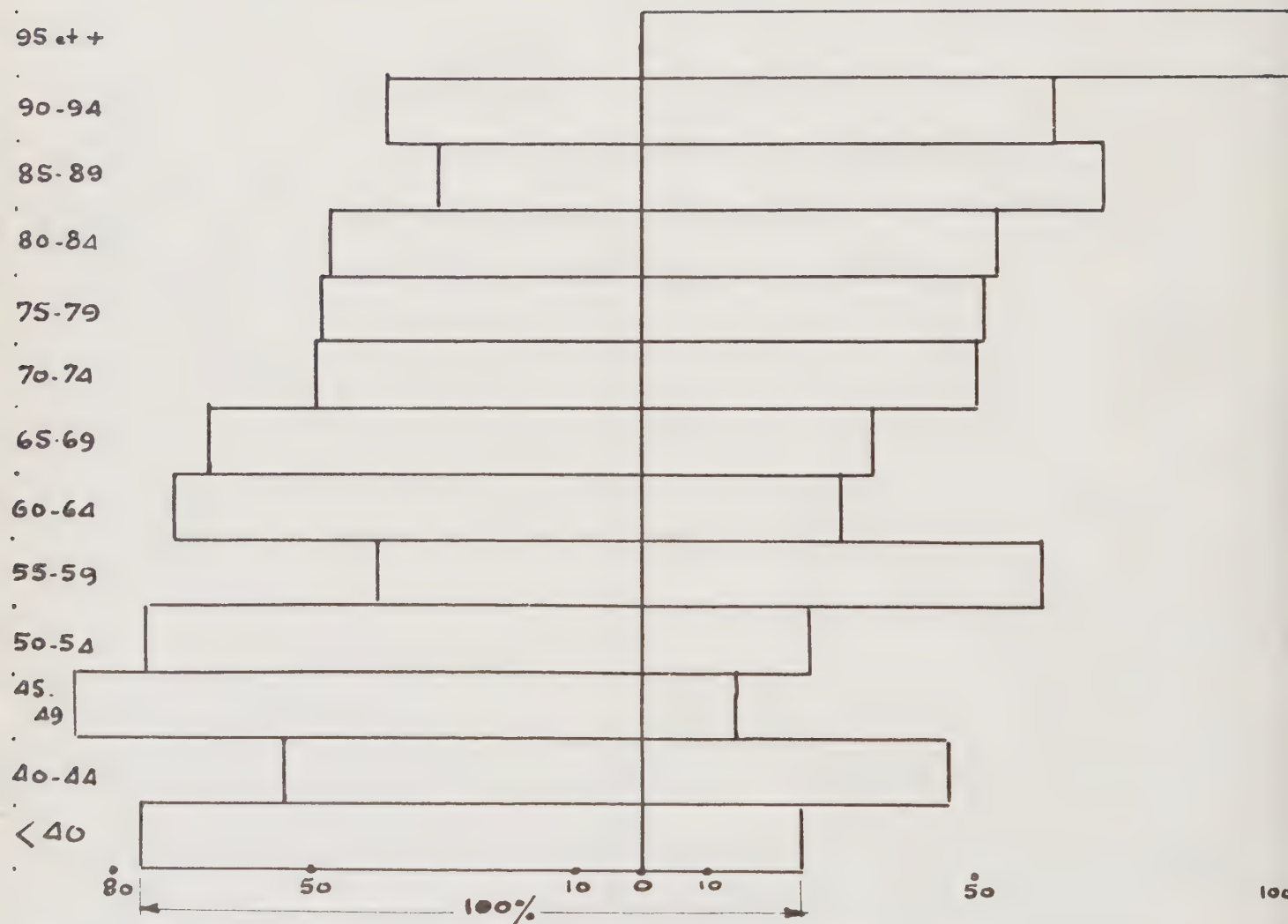


FIG. 39. Histogramme de répartition des sexes en fonction de l'âge à l'entrée, le total de chaque sexe étant au paravant ramené à 100% - Population décédée de la Charité (notre enquête, 475 sujets, tous âges)

moitié supérieure.

L'histogramme de répartition des sexes selon l'âge d'entrée (répartition des sujets d'une même classe d'âge, selon le sexe et exprimée en pourcentages, la population totale de la classe étant égale à 100), établi à partir du tableau XXVIII (pourcentages de droite) retrouve, en l'accentuant, la prédominance des entrées masculines aux âges inférieurs, des entrées féminines aux âges supérieurs (fig. 38). La prépondérance masculine est d'ailleurs des plus précaires en raison d'abord de la classe 55-59 ans qui connaît une absence presque totale d'entrées chez les hommes (nous laissons de côté, comme nous l'avons fait jusqu'à présent, la classe 40-44 ans à l'effectif insignifiant), ensuite de l'âge peu élevé où se situe le pivot démographique : la classe 60-64 ans marque, en effet, la limite des deux zones de prépondérance, avec une répartition égale.

La construction du même histogramme en utilisant les populations de chaque sexe non plus en nombre de sujets mais en pourcentage, en supprimant la déformation des représentations graphiques qu'entraîne l'énorme prépondérance féminine, est intéressante. Rappelons (cf. note p. 46) que nous n'accordons à ces pourcentages qu'une valeur relative, autant qu'ils servent à la construction d'un schéma du type balance (fig. 39). La prédominance des entrées masculines aux âges inférieurs apparaît indiscutablement sur ce schéma où la population totale de chaque sexe est ramenée à 100. Elle

reste marquée jusqu'à 70 ans où le bloc, déjà remarqué, des trois classes - 70-74, 75-79 et 80-84 ans - réalise l'équilibre des entrées de chaque sexe. Au delà de 84 ans, les admissions sont en majorité féminines.

Pour résumer cette analyse, nous pouvons dire que :

- Les pensionnaires de la Charité décédés du 1^o janvier 1960 au 31 décembre 1963 sont entrés à l'hospice de façon différente, en ce qui concerne l'âge, selon qu'il s'est agi d'hommes ou de femmes.

- Les hommes - moins du tiers de l'effectif total - sont entrés en moyenne 6 ans avant les femmes, vers 71 ans. Un tiers a été admis avant 70 ans et, malgré l'importance deux fois moindre de leur population totale, les pensionnaires-hommes sont entrés, jusqu'à 65 ans, pratiquement aussi nombreux que les femmes (32 contre 36).

- Celles-ci ont été admises pour moins d'un sixième avant 70 ans, pour un quart après 84 ans.

- Il apparaît donc qu'avant 70 ans, les hommes sont entrés de façon assez importante tandis qu'au delà de 84 ans, les femmes sont entrées en nombre abondant encore. Mais le fait capital est que, de 70 à 84 ans, le comportement de chaque sexe a été rigoureusement identique.

ETUDE DE L'AGE AU DECES

Si nous examinons les 475 décès du point de vue de la limite de la vieillesse, nous constatons la répartition suivante :

- 25 décès au-dessous de 60 ans, soit 5,5 %
- 450 décès à 60 ans et plus, soit 94,5 %

(475 = 100)

La répartition des sexes est très inégale d'une part dans chacun de ces groupes, d'autre part d'un groupe à l'autre .

Les 25 décès se partagent en :

- 13 hommes
- 12 femmes

Les 450 autres en :

- 124 hommes soit 27,5 %
- 326 femmes soit 72,5 %

(450 = 100)

Rappelons que la population totale se répartit en :

- 137 hommes soit 29 %
- 338 femmes soit 71 %

(475 = 100)

Deux faits se dégagent :

- Les décès de vieillards représentent la presque totalité des morts survenant à l'hospice, les décès avant l'âge de 60 ans intéressant à peine plus du vingtième de la mortalité globale.

- Malgré la proportion de deux pensionnaires-femmes pour un homme, les décès masculins antérieurs à 60 ans équilibrent les décès féminins et l'emportent même légèrement.

Les âges extrêmes atteints à l'hospice lors du décès sont 17 et 100 ans ; 17 et 94 ans chez les hommes, 36 et 100 ans chez les femmes.

L'âge moyen de décès est à peu près 78 ans (77 ans 9 mois). La moyenne masculine est de 6 ans et demi inférieure à celle des femmes : 74 ans 6 mois et 81 ans.

Dans ce qui suit, nous n'envisagerons que les décès intervenus à 60 ans et plus.

La pyramide des âges a été établie à partir des éléments fournis par le tableau XXX. Elle met en évidence (fig.40) une augmentation des décès de classe en classe jusqu'à un maximum représenté par la classe 80-84 ans et une diminution ensuite. Ceci pour les deux sexes pris globalement. Les décès masculins marquent une première augmentation à partir de 65 ans ; leur effectif se maintient à peu de chose près identique de 65 à 79 ans. La classe culminante - 80-84 ans - marque une seconde augmentation ; la décroissance est rapide après 84 ans mais la classe 85-89 ans aligne un effectif un peu différent de celui des trois classes pré-maximales. Les choses se passent différemment chez les femmes : chaque classe est en augmentation sur la précédente jusqu'à la classe maximale. Les augmentations les plus importantes se produisent après les classes 65-69 ans et 75-79 ans. La décroissance n'est marquée qu'après 89 ans.

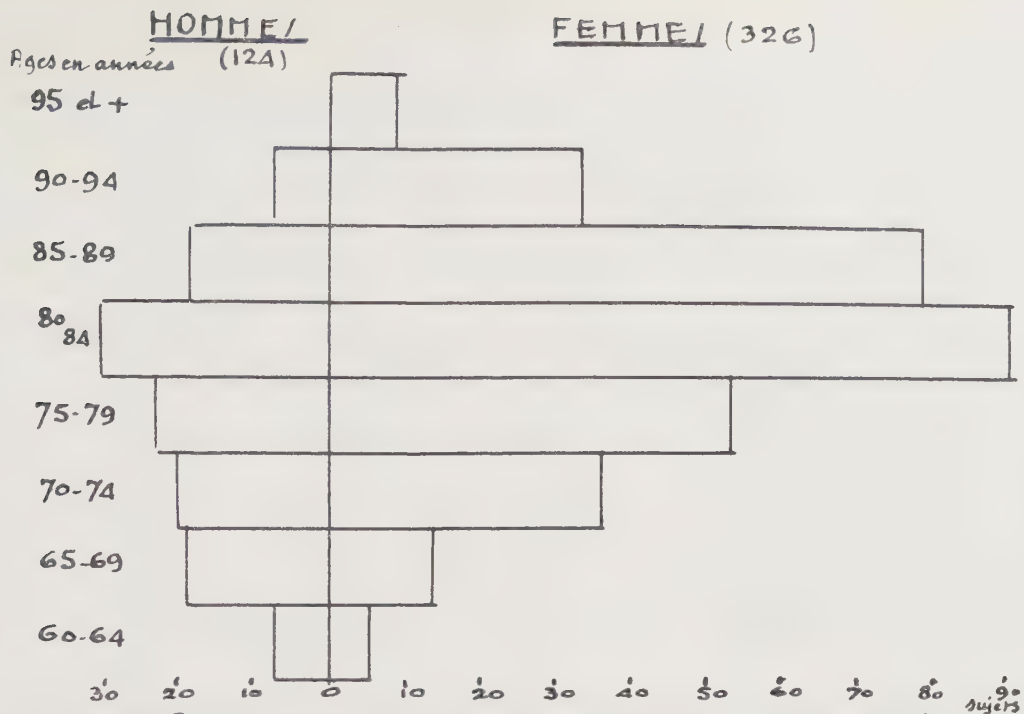


FIG. 40. Pyramide des âges - Population décédée de la Charité
(Notre enquête. 450 sujets. 60 ans et plus)

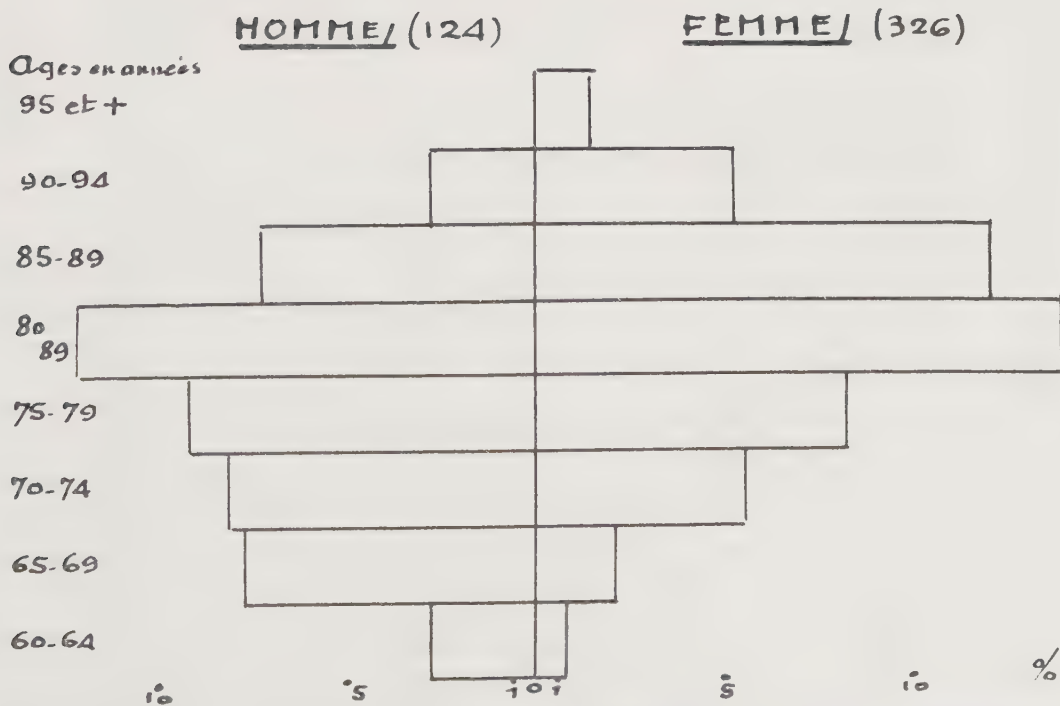


FIG. 41. Pyramide des âges exprimée en % - Population décédée à la Charité
(Notre enquête. 450 sujets. 60 ans et plus).

TABEAU XXIX
AGE AU DECES A LA CHARITE DES SUJETS AYANT 60 ANS ET PLUS
(450 sujets)

CLASSES	REPARTITION NUMERIQUE						REPARTITION EN POURCENTAGES		
	(Répartition des âges en fonction du sexe)						(Répartition des sexes en fonction de l'âge)		
	Hommes	%	Femmes	%	Total	%	Hommes	Femmes	Total
60 à 64 ans	7	5,6	6	1,8	13	2,9	53,9	46,1	100%
65 à 69 ans	19	15,3	14	4,3	33	7,3	57,6	42,4	-
70 à 74 ans	20	16,1	37	11,3	57	12,7	35,1	64,9	-
75 à 79 ans	23	18,5	54	16,6	77	17,1	29,9	70,1	-
80 à 84 ans	30	24,2	92	28,2	122	27,1	24,6	75,4	-
85 à 89 ans	18	14,5	80	24,5	98	21,8	18,4	81,6	-
90 à 94 ans	7	5,7	34	10,4	41	9,1	17,1	82,9	-
95 et plus	0	-	9	2,8	9	2,-	0	100,-	-
TOTAL	124	99,9	326	99,9	450	100,-			

Ces faits apparaissent également sur la pyramide des âges construite avec des effectifs exprimés en pourcentage (fig. 41). S'il est possible d'admettre la symétrie des classes maximales de chaque sexe - 24,2 % des hommes et 28,2 % des femmes sont décédés de 80 à 84 ans - l'adissembance des décès masculins et féminins apparaît aussitôt dans leur répartition de part et d'autre de la classe prépondérante. Plus de la moitié des décès de pensionnaires-hommes se situe en-deçà de 80 ans (55,5 %) et on retrouve l'importance du nombre des décès survenus, de façon à peu près égale, dans les trois classes de 65 à 79 ans qui totalisent la moitié des morts (49,9 %). En ce qui concerne les femmes, leurs décès se répartissent à peu près symétriquement de part et d'autre de la classe 80-84 ans, un peu plus d'un tiers dans chaque groupe, avec une discrète prépondérance des décès après 84 ans : 37,7 % contre 34 % avant 80 ans. Dans le même ordre d'idées, on note encore, faisant un peu le pendant du bloc masculin 65-79 ans, une classe de 85-89 ans alignant un effectif assez proche du maximum (24,5 %) et totalisant avec ce dernier plus de la moitié (52,7 %) des décès.

L'histogramme de répartition des sexes (fig. 42) dont les chiffres ont été tirés du tableau ~~XXIX~~ (partie droite) montre que plus l'on avance dans l'âge, moins les décès masculins sont nombreux. Jusqu'à 70 ans, malgré la disproportion numérique, les hommes meurent plus nombreux que les femmes ; celles-ci l'emportent - avec un net renversement de la propor-

Âges en années

HOMME/

FEMME/

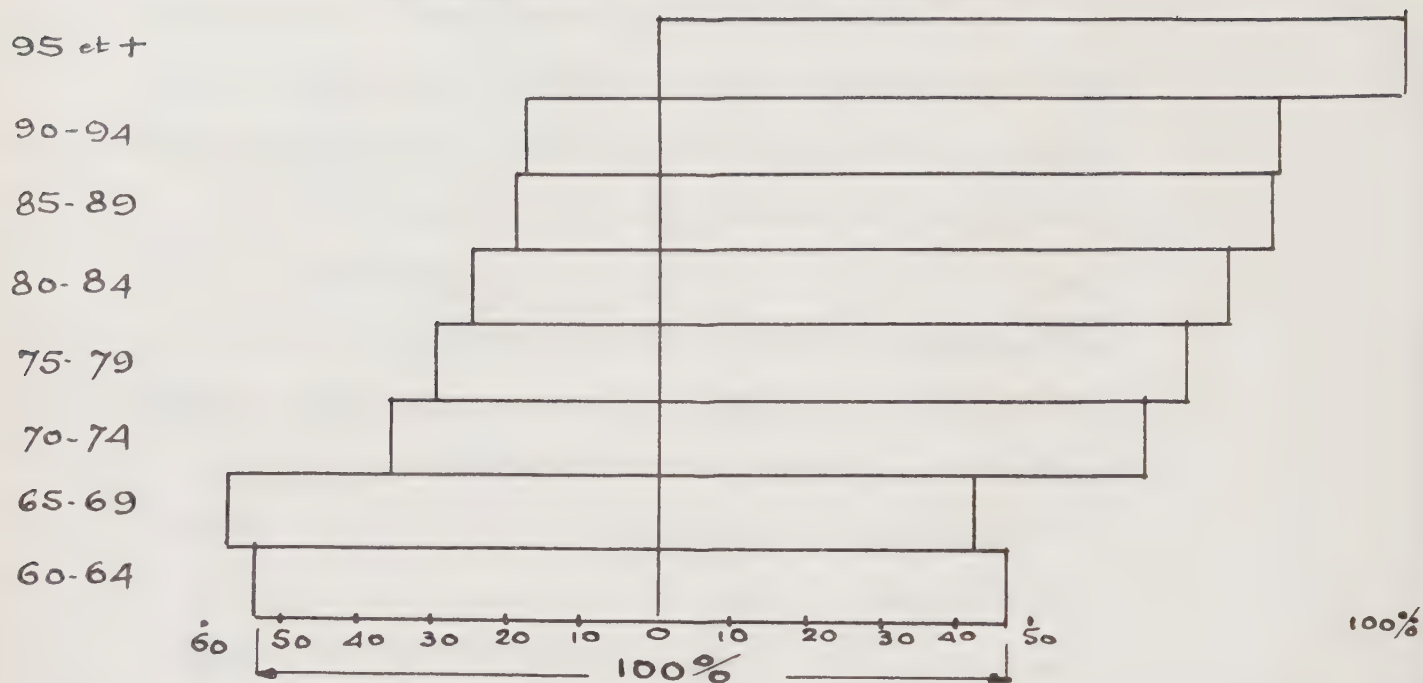


FIG. 42. Histogramme de répartition des sexes en fonction de l'âge au décès.

Population décédée de la Charité (450 sujets - notre enquête - 60 ans et plus).

Âges en années.

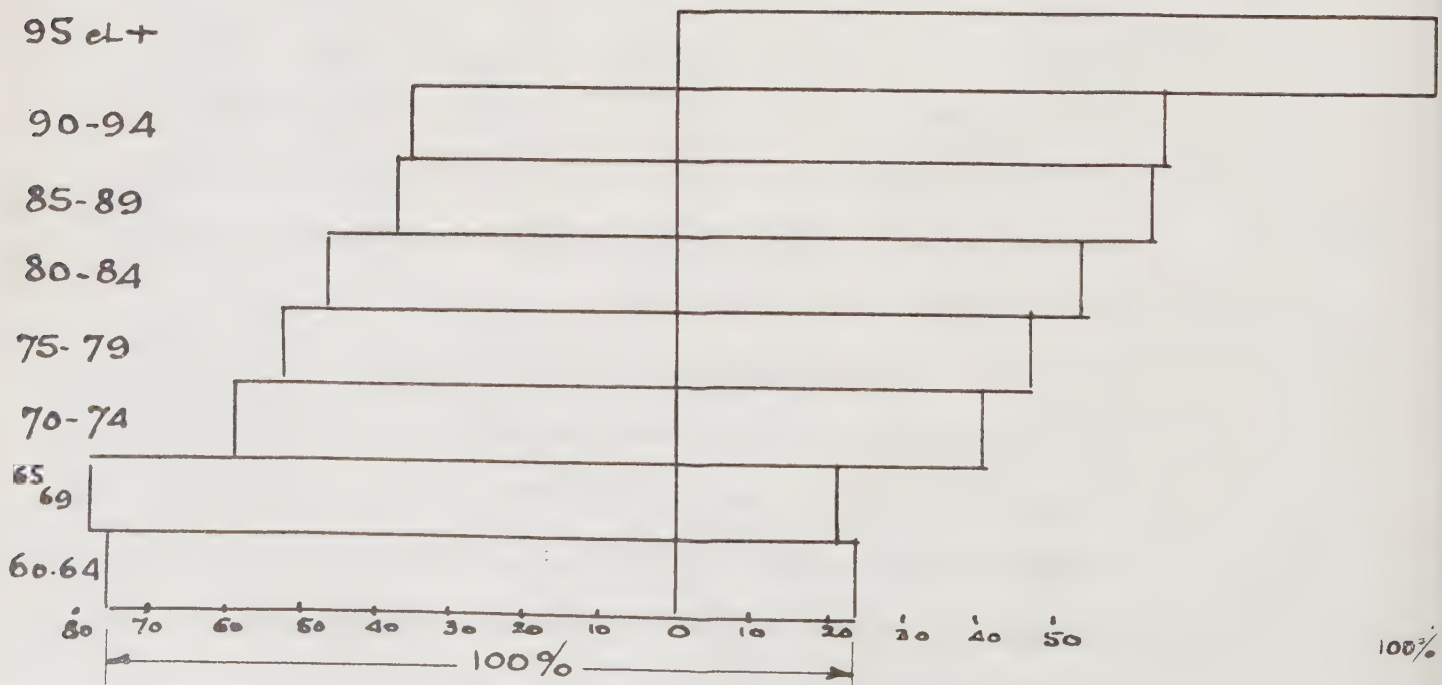


FIG. 43. Histogramme de répartition des sexes en fonction de l'âge au décès, le total de chaque classe étant auparavant ramené à 100.

Population décédée de la Charité (notre enquête 450 sujets - 60 ans et plus)

tion - à partir de 70 ans. Aucun homme n'atteint 95 ans. Nous nous trouvons toujours en face du même phénomène : l'évènement démographique étudié est centré, en ce qui concerne les hommes aux âges inférieurs, en ce qui concerne les femmes aux âges supérieurs.

L'histogramme construit à partir des effectifs de classes exprimés en pourcentages de la population de chaque sexe (fig. 43), met davantage en évidence cette dernière constatation : prépondérance des décès masculins aux âges peu élevés, des décès féminins aux âges avancés, l'équilibre s'établissant entre les classes 75-79 et 80-84 ans.

Pour conclure cette étude, nous allons nous attacher à préciser un fait assez remarquable, corollaire de la constatation précédente : exception faite de la classe 80-84 ans dont l'augmentation d'effectif reste d'ailleurs modérée, les variations de la mortalité masculine d'une classe à l'autre restent très limitées de 65 à 90 ans ; l'accroissement avec l'âge est peu marqué de 65 à 79 ans - 3,2 % d'augmentation de la classe 65-69 à la classe 75-79 ans - et la classe 85-89 ans possède un effectif pratiquement superposable à celui de la classe 65-69 ans. En d'autres termes, l'influence de l'âge sur la mortalité masculine est très amortie. Cette indépendance de la mortalité masculine - entre certaines limites - vis-à-vis de l'âge apparaît

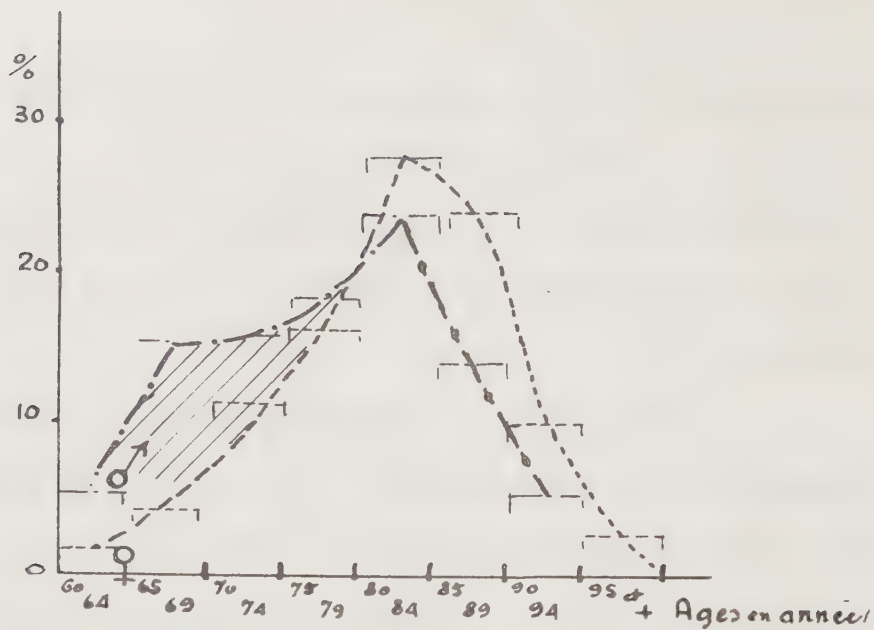


FIG. 44. Mortalité selon l'âge en fonction des sexes -

En hachures, la zone de mortalité masculine.

Population décédée de la Charité (notre enquête - 450 sujets - 60 ans et plus).

M.B. Pour rendre plus visibles les courbes, nous avons assimilé les classes d'âge à des points.

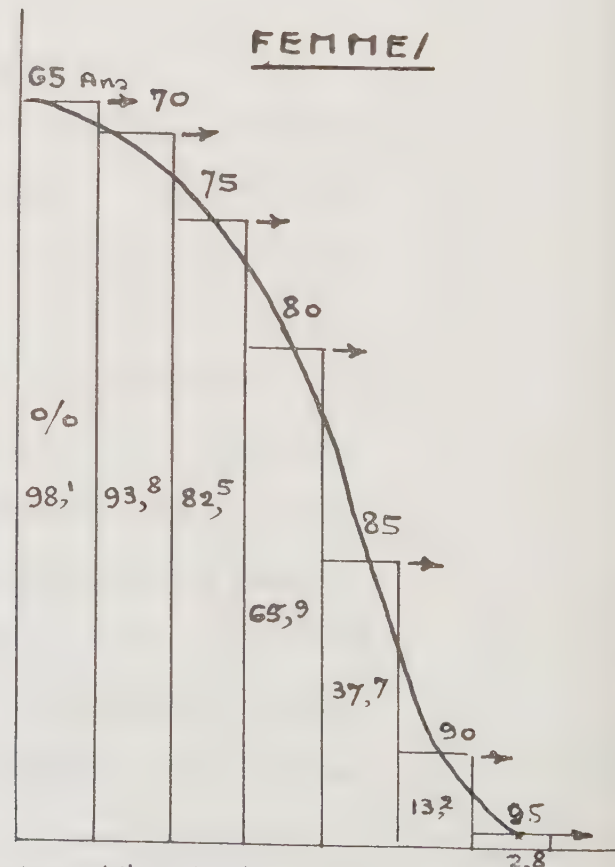
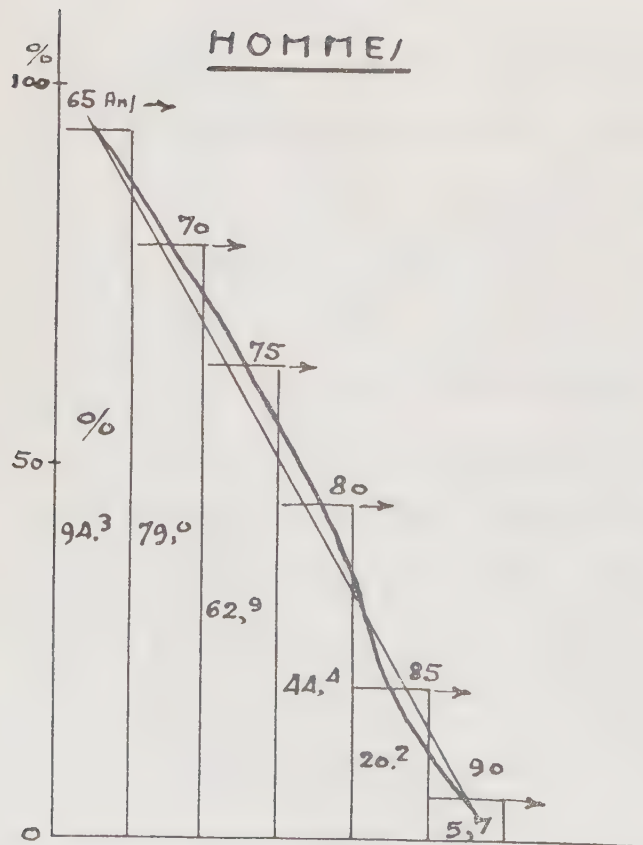


FIG. 45. Histogramme de "Survie" (% de sujets encore vivants au début de chaque classe d'âge).

Population décédée de la Charité (notre enquête - 450 sujets - 60 ans et plus)

encore plus clairement si nous examinons de ce point de vue la mortalité féminine. Cette dernière augmente avec l'âge, parfois de façon considérable d'une classe à l'autre (de 11,6% de la classe 75-79 ans à la suivante) puis, passé son maximum, décroît de façon non moins intense. L'influence de l'âge se montre, dans ce cas, prépondérante. L'allure de la courbe de mortalité en fonction de l'âge est, en ce qui concerne les pensionnaires-femmes, très proche de celle des courbes de mortalité habituelles (France, par exemple) comme nous le verrons dans un prochain chapitre. Il n'en est pas de même pour les vieillards-hommes (cf. fig. 44).

Bref, nous retrouvons, exprimée sous une forme un peu différente, la surmortalité masculine au-dessous de 80 ans. La figure 44 met très en évidence ce phénomène.

Il nous a paru intéressant de construire un histogramme de survie (fig. 45) donnant le pourcentage de sujets encore vivants au début de chaque classe d'âge. C'est, là encore, une manière d'illustrer la surmortalité masculine dans les premières classes d'âge. La décroissance est très régulière chez les hommes et c'est pratiquement une ligne droite qui rejoint le milieu de chaque classe. La pente de la courbe s'accroît légèrement en passant de 80 à 85 ans. Dans ces conditions, l'amenuisement de l'effectif est rapide : il ne reste pas la moitié des hommes à 85 ans. Pour les femmes, la courbe obtenue en reliant le milieu de chaque classe est de type ogive de Galton. La pente est la plus importante en

passant de 80 à 90 ans ; en comparaison des hommes, les deux tiers des femmes sont vivantes à 80 ans ; plus d'un tiers encore à 85 ans.

Si nous nous sommes longuement attardé à décrire le phénomène de la surmortalité masculine avant 80 ans, c'est qu'il s'agit là d'un fait original et propre à l'hospice, comme nous le verrons en examinant les statistiques départementales ou nationales.

CORRELATIONS DE L'AGE DE DECES ET DE L'AGE D'ENTREE

Pour relier l'âge d'un sujet à son admission à l'hospice à celui qu'il avait à son décès, nous n'avons pu utiliser les résultats du triage électronique. Lors de celui-ci, le centre de gravité de notre enquête portait, en effet, essentiellement sur la pathologie. Il nous a été nécessaire de procéder à un dépouillement manuel ultérieur de la totalité des fiches.

Les résultats de cette manipulation se trouvent exprimés dans le tableau XXX, identique à ceux que nous avons utilisés à propos de la population vivante, à deux entrées : horizontale pour l'âge au décès, verticale pour l'âge à l'entrée. Les sujets décédés avant 60 ans - 13 hommes et 12 femmes - en ont été exclus.

Avant de le commenter, rappelons brièvement les résultats des deux paragraphes précédents :

- Hommes et femmes sont entrés de façon identique de 70 à 84 ans. De plus, les hommes sont entrés volontiers avant 70 ans et les femmes au delà de 84 ans.

- La mortalité féminine s'est accrue avec l'âge pour culminer à 80-84 ans, âge où les décès masculins ont été également les plus nombreux ; mais avant 80 ans est intervenue

une très importante surmortalité masculine.

Un fait apparaît dès le premier examen du tableau de corrélations ; un grand nombre de sujet décèdent à un âge appartenant à la classe même qui contient leur âge d'entrée. Autrement dit, ils décèdent au cours de la classe qui a vu leur entrée à l'hospice : ainsi sur 54 femmes décédées de 75 à 79 ans, 27 étaient entrées à 75 ans et plus. La plupart de nos vieillards sont entrés à un âge compris depuis le début de la classe précédant celle de leur décès : en reprenant le même exemple, 50 des 54 femmes décédées de 75 à 79 ans avaient été admises à 70 ans et plus. La proportion de telles entrées varie d'une classe de décès à l'autre ; le tableau XXX fournit les pourcentages d'entrées depuis le début de la classe de décès et depuis celui de la classe précédente.

Chez les femmes, les entrées survenues à partir de l'âge de début de la classe de décès sont relativement stables et se situent entre 50 et 65 %. Les admissions masculines ont une répartition analogue ; leurs pourcentages connaissent des variations non significatives.

Comme dans le cas de la population vivante, il est frappant d'observer que les sujets entrés précocément à l'hospice disparaissent assez vite et que, parmi les sujets ayant atteint un âge avancé - lors du recensement ou de leur décès - pratiquement aucun n'est entré avant 70 ans. Parmi nos 450 vieillards, nous notons ainsi que pas un sujet entré de 55 à 59 ans n'a dépassé 79 ans, aucune des admissions entre 60 et

CORRELATION DES AGES D'ENTREE ET DE DECES (475 sujets)

AGES DE DECES

	60-64 H F	65-69 H F	70-74 H F	75-79 H F	80-84 H F	85-89 H F	90-94 H F	95-99 H F	100-104 H F	Total H F
100-104									1	1
95-99								5		5
90-94							5 19	2		5 21
85-89						9 47	2 12	1		11 60
80-84					20 55	9 25	2			29 82
75-79				18 27	6 29	5				24 61
70-74			14 24	4 23	3 5	1				21 53
65-69		10 7	4 8	1	1 1	1	1			15 19
60-64	4 1	6 4	1 3	1	2					11 11
55-59	4	1 1	1	1 1						2 7
50-54	2 1		1	1		1				3 3
45-49			1							0 1
40-44		1								0 1
40	1	2 1								3 1
TOTAL	7 6	19 14	20 37	23 54	30 92	18 80	7 34	8	1	124 326

AGES D'ENTREE

NB - Le total des 124 hommes s'explique par le fait que 13 sujets dont les entrées se situent de 13 à 56 ans ne sont pas répertoriés dans ce tableau, leur décès étant survenu avant 60 ans. - Le total des 326 femmes s'explique par le fait que 12 sujets dont les entrées se situent de 3 à 59 ans sont aussi décédés avant 60 ans.

TABEAU XXXI

CORRELATION DES AGES A L'ENTREE ET AU DECES
(en pourcentages)

AGES DE DECES												
Entrées à partir de	65 - 69 ans		70 - 74 ans		75 - 79 ans		80 - 84 ans		85 - 89 ans		90 - 94 ans	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
90 ans												
85 ans												55,9
80 ans									50	58,5		91,2
75 ans									100	90,-		
70 ans							66,7	59,8				
65 ans					95,7	73,3	86,7	91,3				
60 ans												
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		100%

Nota : Ce tableau se lit verticalement.

64 ans n'a atteint 85 ans et, à l'inverse, que tous les sujets -- sauf un -- décédés de 90 à 94 ans sont entrés après 80 ans. En d'autres termes, les décès aux grands âges ne sont pas le fait de sujets vieillissants à l'hospice, mais de sujets entrés tardivement. Nous ne sommes pas en présence d'une population qui vieillit de façon homogène en s'acheminant vers la mort, mais d'une juxtaposition de groupes d'âges qui vieillissent et meurent pour leur propre compte. Dans ces conditions, que sont devenus les pensionnaires entrés il y a vingt ou trente ans entre 60 et 70 ans ? Sont-ils décédés dans les années qui suivirent leur admission ? Sont-ils sortis après quelques années de séjour ? Les entrées précoces, traduisant une vitalité moindre, conduisent-elles à un décès lui aussi prématuré ? Nous avons déjà noté une surmortalité masculine au-dessous de 80 ans mais suffit-elle à rendre compte de ces faits, d'autant qu'ils se rencontrent, dans une certaine mesure, chez les femmes également. Devons-nous admettre que la démographie de l'hospice s'est transformée et que les entrées précoces sont un fait relativement récent ? Nous reprendrons ces questions à la fin de cette troisième partie.

Afin de préciser davantage la longévité limitée des sujets entrés à l'hospice, nous allons maintenant considérer les corrélations sous l'autre angle, c'est-à-dire à partir des âges d'entrée. Nous allons examiner la répartition au fil des âges, des décès d'un certain nombre de classes

d'âge d'entrée ; cette répartition est fournie immédiatement par la lecture horizontale du tableau XXXI. Nous avons choisi les classes les plus peuplées : de 70 à 85 ans pour les hommes ; de 70 à 90 ans pour les femmes. La répartition de leurs effectifs dans les différentes classes de décès est exprimée (tableau XXXII) en pourcentages en ce qui concerne les femmes et - en raison de la faiblesse de leurs effectifs - en fractions pour ce qui est des hommes.

Les effectifs des classes d'entrée considérées se répartissent sur une classe de décès de moins chez les hommes que chez les femmes. Les entrées de 70 à 74 ans se répartissent sur trois classes de décès chez les hommes ; les entrées au-dessus de 74 ans sur deux seulement. Chez les femmes, les entrées de 70 à 74 ans sont réparties sur quatre classes de décès et les suivantes sur trois. Par exemple, les hommes admis à la Charité entre 80 et 84 ans sont décédés entre 80 et 90 ans ; les femmes admises entre les mêmes âges sont décédées entre 80 et 95 ans.

Le comportement des deux sexes se montre également différent si nous examinons la répartition proprement dite. Chez les hommes, la plus grande partie - les deux tiers ou les trois quarts - des sujets d'une classe d'entrée sont groupés dans la première classe de décès ; la classe de décès suivante n'aligne qu'un effectif réduit - un cinquième ou un quart -. On observe une répartition analogue chez les femmes entrées de 80 à 84 ans et de 85 à 89 ans. Celles entrées dans les classes 70-74 et 75-79 ans décèdent pour un peu moins de la moitié dans

la première classe de décès et à peu près autant au cours de la classe de décès suivante. Ainsi, 44,3 % des pensionnaires-femmes admises de 75 à 79 ans sont décédées de 75 à 79 ans et 47,5 % de 80 à 84 ans. Les pensionnaires-hommes admis aux mêmes âges sont morts pour les trois quarts de 75 à 79 ans et pour un quart de 80 à 84 ans.

Ces faits parlent d'eux-mêmes et nous amènent tout naturellement à l'étude de la durée de séjour.

Avant de passer à cette étude, le tableau des corrélations nous fournit un dernier renseignement, répondant à une question soulevée au début de ce chapitre : le nombre des sujets décédés à 60 ans et plus qui sont entrés avant 60 ans : 8 hommes et 13 femmes.

ETUDE DE LA DUREE DE SEJOUR

La durée de séjour des pensionnaires décédés à la Charité provient du rapprochement des dates d'admission et de décès, les dossiers ne portant aucune indication de durée. En revanche, la plupart mentionnaient ces dates de façon précise et détaillée - jour, quantième, mois, année - ce qui a permis un calcul exact des durées de séjour (°). Rappelons que, pour leur traitement statistique, l'unité

(°) Ce qui n'a pu être le cas pour la population vivante (cf. page 71).

TABLEAU XXXII

AGES DE DECES DES SUJETS ENTRES A CERTAINES CLASSES D'AGE

Age d'entrée	Total		A G E S D E D E C E S											
			70 à 74		75 à 79		80 à 84		85 à 89		90 à 94	95 à 99		
	H	F	H	F	H	F	H	F	F	F				
85 à 89 ans		60 (100%)								78,3%	20,-%	1,7%		
80 à 84 ans	29	82 (100%)					> 2/3	67,1%	< 1/3	30,5%	1,4%			
75 à 79 ans	24	61 (100%)			3/4	44,3%	1/4	47,5%		8,2%				
70 à 74 ans	21	53 (100%)	2/3	45,3%	1/5	43,4	1/7	9,4%		1,9%				

employée a été le demi-mois (°),

Quatre durées de séjour n'ont pu être précisées - pour 1 homme et 3 femmes - en raison de l'incertitude de la date d'entrée, ce qui représente 0,8 % ($475 = 100$).

Les durées extrêmes de séjour que nous avons relevées sont :

- 1 jour, observée chez une femme.
- 41 ans 6 mois, observée chez une femme également.

Le séjour masculin le plus court est de 2 jours, le plus long de 26 ans 2 mois.

La durée moyenne est de 3 ans 6 mois, pratiquement identique pour chaque sexe : 3 ans 3 mois chez les hommes, 3 ans 7 mois chez les femmes.

Nous nous limiterons aux décès survenus à 60 ans et plus, laissant de côté les 25 décès (13 hommes et 12 femmes) de moins de 60 ans. Une des trois femmes sans précision de durée de séjour se trouve parmi ces dernières.

La répartition des durées de séjour en sept classes de cinq ans avec une classe terminale ouverte à partir de 35 ans, montre (tableau XXXIII A) que la grande majorité des sujets - un peu plus des quatre cinquièmes - est depuis moins de cinq ans à l'hospice quand survient le décès. La proportion s'abaisse rapidement pour les classes de durée supérieure : 9 % séjournent de 5 à 9 ans, 3 % seulement de 10 à 14 ans. Les deux sexes ont un comportement statistique pratiquement semblable, tout au plus

(°) Cf méthodologie page 19.

TABEAU XXXIII A

DUREE DE SEJOUR PAR SEXE
(450 sujets décédés à 60 ans et plus)

DUREE	HOMMES %	FEMMES %	TOTAL %
0-4 ans	105 85,4	265 81,8	370 82,2
5-9 ans	9 7,3	33 10,2	42 9,3
10-14 ans	3 2,4	11 3,4	14 3,1
15-19 ans	4 3,3	8 2,5	12 2,7
20-24 ans	1 0,8	2 0,6	3 0,7
25-29 ans	1 0,8	4 1,2	5 1,1
30-34 ans		0	0
35 et plus		1 0,3	1 0,2
TOTAL	123 100,0	324 100,0	447 99,3 (450=100)

NE. 1 homme, 2 femmes sans précision (0,7 % du total)

relève-t-on chez les hommes une prédominance encore plus considérable des séjours brefs : 85 % inférieurs à cinq ans.

L'analyse détaillée des séjours inférieurs à dix années - ce qui concernent 92 % des sujets - montre immédiatement (tableau XXXIII B) que la moyenne de séjour de 3 ans et demi est un fait statistique ne correspondant nullement à une fréquence prépondérante des séjours de trois à quatre années. La fréquence décroît à mesure qu'augmente la durée de séjour, à partir d'un maximum (34,4 %) appartenant aux séjours de moins de six mois. Une analyse détaillée de ceux-ci sera exposé avec la pathologie. Le comportement des deux sexes est voisin ; on note toutefois deux différences :

1 - chez les hommes, la moitié des décès survient avant six mois, chez les femmes moins du tiers.

2 - chez les hommes, la pente de la décroissance est rompue par un taux extrêmement faible de séjours de 6 à 12 mois (6 %) qui n'est pas retrouvée chez les femmes (16 %) ; à partir de 1 an, les taux sont pratiquement superposables chez les deux sexes.

Nous allons maintenant considérer la durée de séjour en fonction de l'âge.

- De l'âge au décès d'abord.

Le tableau XXXIV fournit la répartition des séjours de moins de dix années. La répartition en fonction de l'âge au décès exprimé en classes de cinq ans - du nombre total de sujets restés moins de dix ans à la Charité est très

TABLEAU XXXIII B

DUREE DE SEJOUR PAR SEXE

DUREE	6 mois	6 mois 1 an	1-2ans	2-3ans	3-4ans	4-5ans	5-6ans	6-7ans	7-8ans	8-9ans	9-10ans	Total
Hommes	56	7	17	9	11	5	4	3			2	114
%	49,1	6,1	14,9	7,9	9,6	4,4	3,5	2,6	0	0	1,8	99,9
Femmes	86	47	44	30	35	23	13	6	6	6	2	298
%	28,9	15,8	14,8	10,1	11,7	7,7	4,4	2,0	2,0	2,0	0,6	100,0
TOTAL	142	54	61	39	46	28	17	9	6	6	4	412
%	34,5	13,1	14,8	9,5	11	6,8	4,1	2,2	1,5	1	0,6	100,0

NB : Ce tableau se lit horizontalement.

TABIEAU XXXIV

DUREE D'HOSPITALISATION ET AGE DE DECES
(Séjours de moins de 10 années)

AGE	6 mois	6 mois à 1 an	1 à 2 ans	2 à 3 ans	3 à 4 ans	4 à 5 ans	5 à 6 ans	6 à 7 ans	7 à 8 ans	8 à 9 ans	9 à 10 ans	TOTAL	AGES AU DECES (rapport comparatif)
H 60 ans	1	4	1	1	0	1	0	1	3	0	0	12	7 - 5,6%
F 60-64	5	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	9	6 - 1,8%
H 65-69	1	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	5- 4,4%	7 - 5,6%
F 65-69	0	1	1	0	1	2	0	0	0	1	0	6- 2%	6 - 1,8%
H 70-74	8	0	2	0	5	0	1	1	0	0	0	17-14,9%	19 - 15,3%
F 70-74	7	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	12- 3,7%	14 - 4,3%
H 75-79	6	2	5	2	3	0	0	0	0	0	1	19-16,7%	20 - 16,1%
F 75-79	10	6	7	1	4	1	2	0	0	0	0	31-10,4%	37 - 11,3%
H 80-84	12	3	4	1	1	0	1	1	0	0	0	23-21,0%	23 - 18,5%
F 80-84	15	7	9	2	5	3	4	2	2	0	0	49-16,4%	54 - 16,6%
H 85-89	16	2	2	2	1	2	0	1	0	0	1	27-22,8%	30 - 24,2%
F 85-89	24	17	11	12	8	6	2	4	2	0	1	87-29,2%	92 - 28,2%
H 90-94	9	0	2	2	1	2	2	0	0	0	0	18-15,8%	18 - 4,5%
F 90-94	17	12	8	10	11	6	4	0	2	3	1	74-24,8%	80 - 24,5%
H 95 et plus	4	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	5- 4,4%	7 - 5,7%
F 95 et plus	10	3	6	4	5	2	0	0	0	1	0	31-10,4%	34 - 10,4%
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0- 0 %	0 - 0 %
	3	0	1	0	1	2	0	0	0	1	0	8- 3,0%	9 - 2,8%
TOTAL	56	7	17	9	11	5	4	3	0	0	2	114-100%	124 - 99,9%
	86	47	44	30	35	23	13	6	6	6	2	298-100%	326 - 99,9%

NB. Les décès avant 60 ans n'entrent pas dans le calcul du total et des pourcentages.

proche - identique en ce qui concerne les femmes - de la répartition des âges en fonction du sexe, ce qui n'est pas pour surprendre si l'on se souvient que 92 % des sujets séjournent moins de dix ans à l'hospice (cf page 191).

Chez les hommes, le détail des durées montre que le comportement de chaque classe d'âge est pratiquement le même ; la moitié de l'effectif - le tiers seulement pour la classe 70-74 ans - séjourne moins de six mois à l'hospice ; la pulvérisation des effectifs rend l'interprétation aléatoire pour les durées supérieures à six mois.

Chez les femmes, aux effectifs importants, nous observons le même phénomène : la répartition des diverses classes de durée est la même pour chaque classe d'âge ; c'est celle que nous avons décrite en commentant le tableau XXXIII.

Le fait en est confirmé par le calcul des durées moyennes de séjour de chaque classe d'âge (tableau XXXV). Nous avons distingué, dans ce calcul, les séjours de moins de six mois et de plus de six mois. Chez les hommes, la durée-moyenne - pour les séjours de plus de six mois - varie pour chaque classe d'âge. Cette variation ne permet pas de tirer une règle très précise ; toutefois, nous remarquons une décroissance de la durée moyenne de la classe (65-69 ans à la classe 75-79 ans, aux effectifs équivalents (respectivement 15,3 - 16,1 - 18,5 %). Nous signalons ce fait intéressant sans pouvoir lui accorder une valeur générale en raison du nombre réduit de classes qu'il intéresse. Pour les séjours inférieurs à six mois, les variations

se font dans un sens ou dans l'autre ; nous retrouvons cependant la décroissance de la classe 65-69 à la classe 75-79 ans et, ce qui est inattendu et doit rendre prudente toute interprétation, une seconde série décroissante, de 80-84 à 90-94 ans. Pour la totalité des pensionnaires hommes, nous retrouvons la série décroissante 65-69 - 70-74 - 75-79 ans.

Chez les femmes, les variations de la durée moyenne de séjour selon l'âge au décès, sont peu importantes et se font dans un sens ou dans l'autre, que nous considérons les séjours de moins de six mois, de plus de six mois ou la totalité des femmes. A noter, la durée élevée (10-12 ans) de 65-69 ans.

- De l'âge à l'entrée maintenant (tableau XXXV).

Remarquons d'abord qu'en ce qui concerne les séjours de courte durée, les résultats ne seront guère différents des précédents, les âges d'entrée et de décès étant très voisins chez un même sujet - identiques même chez les sujets restés moins de six mois. Pour les séjours de moyenne (à partir de deux ans) et longue durée, le comportement des diverses classes d'âge est très proche ; ceci, pour les deux sexes.

L'établissement des durées moyennes de séjour de chaque classe d'âge d'entrée (tableau XXXV) apporte des précisions intéressantes : pour les séjours de moins de six mois, les variations de la durée moyenne paraissent s'effec-

tuer au hasard, dans l'un et l'autre sexe. Pour les séjours de plus de six mois, la durée moyenne de séjour décroît à mesure que s'élève l'âge d'entrée ; ceci est surtout net chez les femmes (10,3 - 8,4 - 3,8 - 3,3 ans etc...), la classe 80-84 ans présente une durée moyenne supérieure, égale à celle de la classe initiale.

En conclusion :

1)- En ce qui concerne les séjours inférieurs à six mois, la durée de séjour est indépendante de l'âge d'entrée (ou de décès). Ces très bref séjours - nous les examinons plus loin à part - entrent dans le cadre d'un hôpital plus que d'un hospice.

2)- En ce qui concerne les séjours supérieurs à 6 mois, nous pouvons admettre que la durée de séjour s'abaisse avec l'élévation de l'âge d'entrée et demeure indépendante (avec quelques réserves dans le cas des hommes) de l'âge de décès.

Nous serions en droit de nous attendre à une élévation de la durée de séjour pour les âges de décès avancés. Nous retrouvons une constatation que nous avons faite pour la population vivante : les sujets âgés, dans l'hospice, ne sont pas des sujets vieillissants à l'hospice, mais des pensionnaires entrés tardivement. Le chapitre de comparaison entre les populations vivantes et décédées précisera ces notions.

- 197 -
TABLFAU XXV

DUREE MOYENNE DE SEJOUR EN FONCTION DE L'AGE

A L'ENTREE

AGES	6 mois (en jours)		6 mois (en années)		TOTALITE (6 mois + 6 mois) en années	
	H	F	H	F	H	F
60-64 ans			3,5	10,3	3,5	10,3
65-69 ans	85	70	3,1	8,4	1,6	6,0
70-74 ans	61	69	2,3	3,8	1,7	3,1
75-79 ans	54	84	2,2	3,3	1,3	2,5
80-84 ans	77	80	3,5	2,5	1,7	1,8
85-89 ans	52	67	effectif2			1,5
90-94 ans	46	82	trop 3,5			1,3
95 et plus		39	faible			

AU DECES

AGES	6 mois (en jours)		6 mois (en années)		TOTALITE (6 mois + 6 mois) en années)	
	H	F	H	F	H	F
60-64 ans	identique		7,3	4,0	7,3	4,0
65-69 ans	au		5,8	10,2	3,5	4,7
70-74 ans	tableau		3,3	4,4	2,3	3,3
75-79 ans	ci-dessus		2,1	4,7	1,1	3,5
80-84 ans			5,3	3,4	2,5	2,6
85-89 ans			3,0	4,2	1,6	3,4
90-95 ans			effectif 3,9			2,9
95 et plus			trop faible			

- Les cases vides correspondent à des effectifs trop réduits.

REPARTITION DES DECES SELON L'ANNEE ET LE MOIS

Les décès que nous avons rassemblés dans notre travail sont survenus à l'hospice du 1^{er} Janvier 1960 au 31 Décembre 1963. Ils se répartissent inégalement sur ces quatre années :

- 1960	103 décès	soit 21,7 %
- 1961	121 décès	soit 25,5 %
- 1962	152 décès	soit 32,0 %
- 1963	99 décès	soit 20,8 %

Total 475 = 100 %

L'année qui a vu le plus de décès à la Charité est 1962 qui groupe près du tiers de la totalité des décès. 1961 vient ensuite avec un quart de la totalité. 1960 et 1963 alignent à peu près un cinquième chacune.

Le taux moyen de la mortalité annuel est de 118.

Le tableau XXXVI fournit la répartition selon le sexe des décès de chaque année pour la totalité des 475 dossiers étudiés. Nous le mentionnons pour mémoire car nous nous limiterons à l'étude des décès survenus chez les vieillards. Nous nous sommes déjà expliqué sur ce point. Rappelons que 13 hommes et 12 femmes sont ainsi laissés de côté.

La répartition des décès survenus à 60 ans et

plus s'établit comme suit :

- 1960	96 décès	soit 21,3 %
- 1961	115 décès	soit 25,6 %
- 1962	144 décès	soit 32,0 %
- 1963	95 décès	soit 21,1 %

Total 450 = 100 %

Elle est superposable à la répartition de la population globale. Les 25 décès prématurés ont suivi la répartition commune.

La mortalité annuelle moyenne est, chez les vieillards, de 112.

La répartition des décès varie d'une année à l'autre pour chaque sexe et d'un sexe à l'autre à l'intérieur de chaque année. Le tableau XXXVII groupe l'ensemble de ces variations. 1961 et 1963 présentent une répartition des sexes identiques : un peu plus des trois quarts de décès féminins, un peu plus du quart de décès masculins (rappelons que la totalité des vieillards se partage en 27,5 % d'hommes et 72,5 % de femmes. 1960 aligne une plus forte proportion masculine (29,2 %) et 1962 vient en tête de ce point de vue avec à peu près un tiers de décès masculins et deux tiers de décès féminins ; cette année a vu également le plus grand nombre de morts. Elle coïncide encore avec le plus gros effectif masculin : plus d'un tiers, presque les deux cinquièmes (37,9 %) des décès de pensionnaires masculins sont survenus en 1962. L'année 1960, dont l'effectif vient en second, groupe seulement 22,6 % des décès masculins soit une

TABLEAU XXXVI

REPARTITION DES SEXES EN FONCTION DE L'ANNEE DU DECES
(475 sujets) - (tous âges)

ANNEE	HOMMES	%	FEMMES	%	TOTAL (=100%)
1960	32	31,1	71	68,9	103
1961	31	25,6	90	74,4	121
1962	49	32,2	103	67,8	152
1963	25	25,3	74	74,7	99

TABLEAU XXXVII

REPARTITION DES SEXES PAR ANNEES ET DES ANNEES PAR SEXES
(Sujets décédés à 60 ans et plus)

SEXES PAR ANNEES							ANNEES PAR SEXES	
ANNEE	H	F	TOTAL ANNEE	H %	F %	TOTAL % ANNEE	H %	F %
1960	28	68	96	29,2%	70,8%	100%	22,6%	20,9%
1961	27	88	115	23,5%	76,5%	100%	21,8%	27 %
1962	47	97	144	32,6%	67,4%	100%	37,9%	29,7%
1963	22	73	95	23,2%	76,8%	100%	17,7%	22,4%
TOTAL	124	326	450				100 %	100 %

TABLEAU XXXVIII

REPARTITION DES DECES SELON L'AGE ET L'ANNEE

HOMMES

AGES	1960	1961	1962	1963	TOTAL
60 à 64 ans	1	0	4	2	7 5,6%
65 à 69 ans	3	5	6	5	19 15,3%
70 à 74 ans	4	4	7	5	20 16,1%
75 à 79 ans	8	2	9	4	23 18,5%
80 à 84 ans	7	9	14	0	30 24,3%
85 à 89 ans	1	6	6	5	18 14,5%
90 à 94 ans	4	1	1	1	7 5,6%
95 et plus	0	0	0	0	0
TOTAL	28	27	47	22	124 100%
%	22,6	21,8	37,9	17,7	100
Décès < 60ans					13
TOTAL					137

FEMMES

AGES	1960	1961	1962	1963	TOTAL
60-64	2	1	1	2	6 1,8%
65-69	4	4	4	2	14 9,3%
70-74	7	13	10	7	37 11,3%
75-79	8	20	14	12	54 16,6%
80-84	25	21	31	15	92 28,2%
85-89	16	20	16	28	80 24,6%
90-94	4	6	18	6	34 10,4%
95 et +	2	3	3	1	9 2,8%
	68	88	97	73	326 100%
Décès < 60	20,9	27	29,7	22,4	100
TOTAL					12
					338

différence de 15 %. 1961 puis 1963 alignent des effectifs voisins. La répartition des décès des pensionnaires femmes entre les quatre années suit les fluctuations de la mortalité globale, conservant l'ordre 1962 - 1961 - 1963 - 1960. L'année de la mortalité féminine maximale (1961) se détache peu de la suivante (2,7 % de différence).

Bref, étant donné son énorme prépondérance numérique, la mortalité féminine décide des variations de la mortalité globale (1962-1961-1963-1960). L'importante surmortalité en 1962 se fait aux dépens de la population masculine.

L'étude de la répartition des décès entre les quatre années, selon l'âge de décès (tableau XXXVIII) n'apporte pas d'éléments très intéressants. Chez les hommes, chacune des années présente à peu près la même répartition des décès selon l'âge que la population masculine totale ; la faiblesse et l'éparpillement des effectifs ne permettent guère de tirer des conclusions valables. Chez les femmes, où ce dernier élément joue moins, on peut noter que l'année 1963 situe la mortalité la plus élevée à un âge différent de la totalité (92 décès de 60 à 64 ans) c'est à dire à 85-89 ans ; d'autre part, si nous regroupons, toujours chez les femmes, les décès survenus à partir de 80 ans :

- pour 1960 47 décès soit 69,1 % (68 = 100)
- " 1961 50 décès soit 56,1 % (88 = 100)
- " 1962 68 décès soit 70,1 % (97 = 100)

- pour 1963 50 décès soit 68,5 % (73 = 100)

L'ordre d'importance de mortalité des années n'est pas retrouvé 1962 - 1960 - 1963 - 1961 - et d'autre part la proportion de décès de 80 ans et plus diffère pour chaque année de celle observée pour la totalité des décès féminins (66 %). 1962 présente une surmortalité de 80 ans et plus, 1960 et 1963 une surmortalité discrète ; 1961 présente une sousmortalité de 80 et plus, au contraire. Les années 1961 et 1962 sont intéressantes à rapprocher en raison de leur niveau comparablement élevé de mortalité. Le même regroupement chez les hommes fournit les proportions suivantes de décès de 80 ans et plus : 1960 $\frac{3}{7}$ - 1961 $\frac{4}{7}$ - 1962 $\frac{3}{7}$ - 1964 $\frac{3}{11}$; on note la divergence d'avec les résultats concernant les femmes et d'autre part l'absence de surmortalité de grands vieillards en 1962, année de surmortalité masculine en général. Les comparaisons avec les variations annuelles de la mortalité dans la Loire et la France, l'étude des pathologies permettront peut-être d'éclaircir ces faits.

Toutes les données concernant la répartition par mois des décès des pensionnaires de l'hospice sont rassemblées dans la figure 47. Parmi les résultats intéressants, les décès survenus à moins de 60 ans, dont l'effectif réduit s'éparpille sur douze mois, un seul paraît significatif, 7 des 13 hommes de moins de 60 ans sont décédés durant le mois de Janvier, qui d'autre part, ne connaît qu'un seul décès féminin ; ceci résulte d'une mortalité annuelle régulière du premier mois de l'année contrastant avec la répartition des 6 décès restants

"au hasard" sur les autres mois des quatre années.

La mortalité moyenne mensuelle est de 10 sujets.
L'ordre des mois par mortalité de vieillards décroissante
(total des décès survenus pour chaque mois durant les quatre
années) est le suivant :

1 Février	54 décès	soit 12 %	(450 = 100)
2 Avril	52 décès	soit 11,6 %	
3 Mars	49 décès	soit 10,9 %	
4 Mai	41 décès	soit 9,1 %	
5 Janvier	39 décès	soit 8,7 %	
6 Décembre	38 décès	soit 8,4 %	
7 Novembre	36 décès	soit 8 %	
8 Juin	33 décès	soit 7,3 %	
9 Juillet	33 décès	soit 7,3 %	
10 Octobre	29 décès	soit 6,4 %	
11 Octobre	27 décès	soit 6 %	
12 Août	19 décès	soit 4,2 %	
			99,9 %

On note la prépondérance des mois du semestre
hiver-printemps (Décembre - Mai). La mortalité s'abaisse en-
suite pour atteindre un chiffre très bas en Août, se deta-
chant nettement des chiffres de Juillet et de Septembre.
Elle remonte ensuite progressivement durant les mois d'Au-
tome. Le niveau le plus élevé de mortalité s'observe durant
les trois mois de transition de l'hiver au printemps - Février,
Mars et Avril - qui groupent le tiers des décès (34,4 %).

Le niveau le plus bas durant le trimestre de transition de l'été à l'automne - Août, Septembre et Octobre - qui rassemble deux fois moins de décès, à peine le sixième de la totalité (16,7 %).

Cette évolution de la mortalité au cours de l'année, telle que nous venons de la décrire, ne correspond pas exactement à la réalité. Elle résulte en effet de la superposition de quatre années. Si nous envisageons chaque année séparément, l'ordre des mois selon leur niveau de mortalité subit d'importants changements (fig. 46) : les variations entre deux mois consécutifs s'opèrent tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre, sans régularité, amenant une courbe de mortalité mensuelle en dents de scie - les mois de mortalité maximale et minimale ne sont pas les mêmes d'une année à l'autre -. Ainsi en 1960, le maximum - de très loin - se trouve en Février, le minimum en Août. - en 1961, le maximum est en Avril, le minimum se trouve en Août, Septembre et Décembre. - en 1962, le maximum se situe en Mars, le minimum en Octobre. - en 1963 enfin, Mars et Octobre ont la mortalité la plus élevée, Juin et Décembre la plus faible.

Cependant, la mortalité par trimestre conserve à peu près l'aspect que nous avons signalé : le trimestre au cours duquel se produisent le plus de décès reste, pour chaque année, Février-Mars-Avril - celui de moindre mortalité reste Août-Septembre-Octobre pour les trois premières années ; en 1963, groupant plus du quart des décès de l'année, il prend la seconde place et c'est le trimestre Mai-Juin-Juillet qui connaît la mortalité la plus faible.

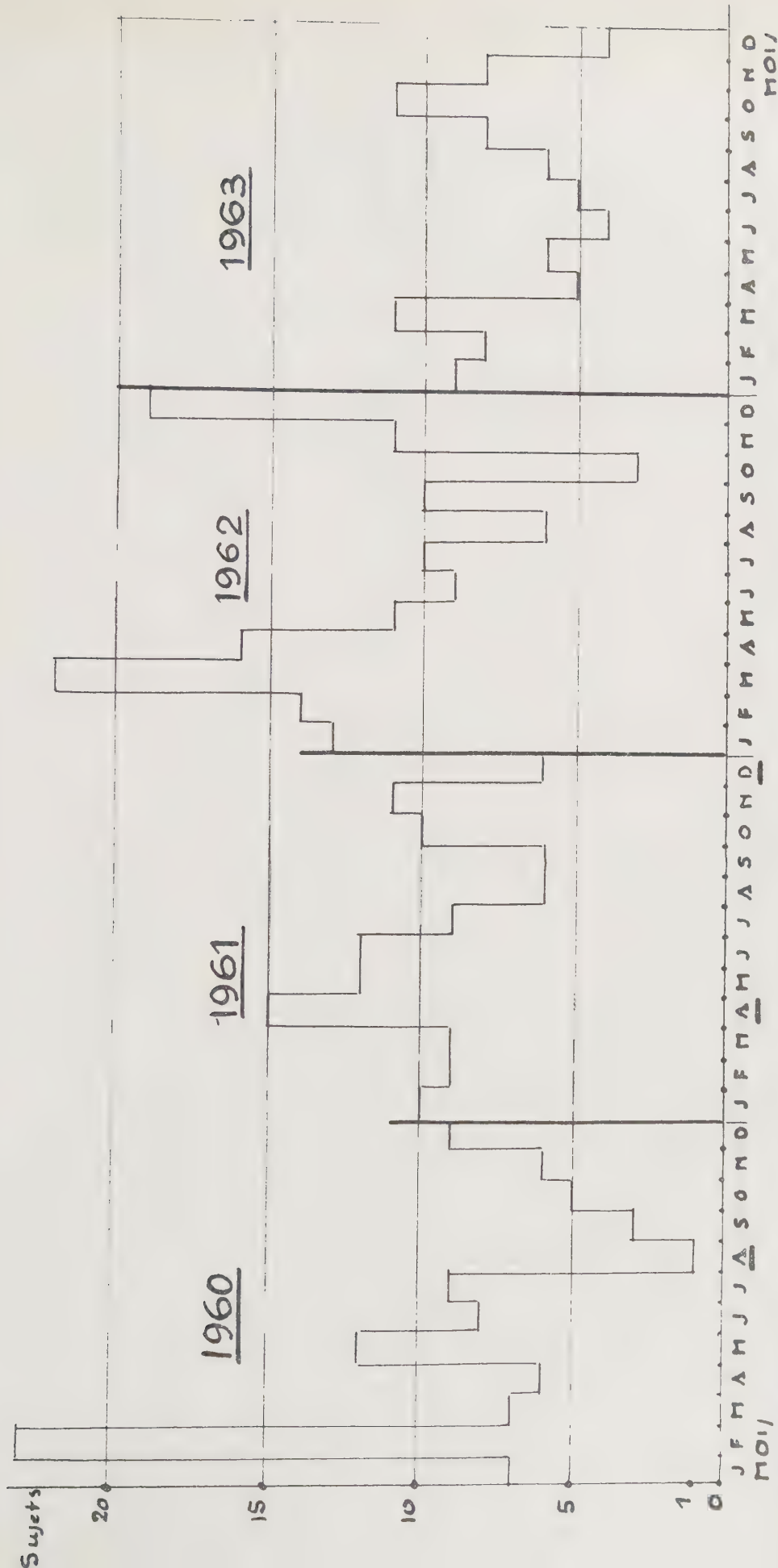


FIG. 46. Variation mensuelle de la mortalité. Population décédée de la Charité. (Notre enquête - 450 sujets - 60 ans et plus)

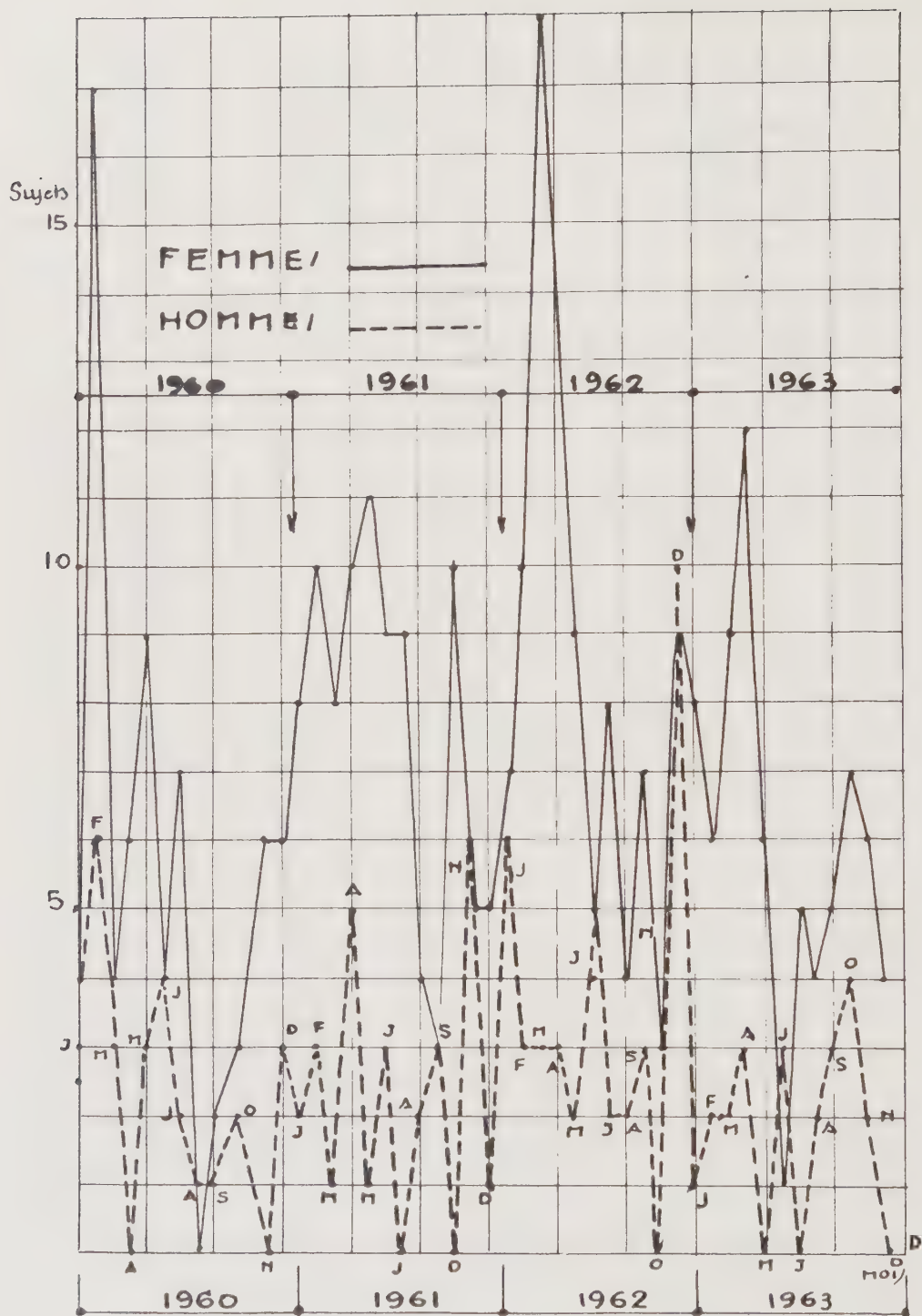


FIG. 47. Variations mensuelles de la mortalité en fonction du Sexe -
 Population décedée de la Charité. (Notre enquête 450 sujets 60 ans et plus.)

Les choses se compliquent encore si nous envisageons séparément l'évolution de la mortalité de chaque sexe. L'ordre des mois, classés comme précédemment, est alors le suivant :

Hommes	:	1 Février	12,1 %	-	Femmes	:	Avril	12,3 %
(124 = 100)					(326 = 100)			
		2 Juin	12,1 %	-			Février	12,0 %
		3 Décembre	11,3 %	-			Mars	12,0 %
		4 Novembre	10,5 %	-			Mai	10,7 %
		5 Janvier	9,7 %	-			Juillet	8,9 %
		6 Avril	9,7 %	-			Janvier	8,3 %
		7 Mars	8,1 %	-			Décembre	7,4 %
		8 Septembre	8,1 %	-			Octobre	7,1 %
		9 Août	5,6 %	-			Novembre	7,1 %
		10 Mai	4,8 %	-			Juin	5,5 %
		11 Octobre	4,8 %	-			Septembre	5,2 %
		12 Juillet	3,2 %	-			Août	3,4 %

La figure 47 montre les variations de la mortalité de mois en mois sous forme d'une courbe. Rappelons qu'il ne s'agit pas de l'évolution réelle de la mortalité, puisque le chiffre de la mortalité de chaque mois totalise les décès survenus au cours de ce même mois pendant quatre années. Comme dans le cas de la répartition annuelle, la variation de la mortalité féminine est très proche de celle de la mortalité globale : mortalité maximale en Février-Mars-Avril (plus d'un tiers), minimale en Août ; deux différences apparaissent cependant, par rapport à l'ensemble des décès : un faible

taux en Juin, entre des niveaux élevés de mortalité en Mai et Juillet - un taux modéré et relativement stable (7 à 8 % par mois) pendant les mois d'automne et d'hiver, d'Octobre à Janvier inclus.

La répartition de la mortalité masculine est très variable d'un mois à l'autre, donnant à la courbe un aspect en dents de scie. Novembre, Décembre et Février culminent, de même, fait remarquable, que le mois de Juin-Janvier-Mars-Septembre ont une mortalité moyenne. Mai, Juillet surtout, Août et Octobre présente un chiffre réduit de décès.

Bref, on observe chez les hommes une surmortalité hivernale ainsi qu'une augmentation du nombre des décès au mois de Juin. L'été surtout, et l'automne sont marqués par une sous-mortalité. Chez les femmes, on note un décalage de ces phénomènes : la surmortalité est hiverno-printanière ; la sous mortalité se produit durant l'été - seulement à partir d'Août ; l'automne et le début de l'hiver.

Comme pour la population totale, nous avons construit les courbes de variations de la mortalité de mois en mois durant les quatre années pour chaque sexe. Il s'agit, non plus de moyennes, mais de chiffres "historiquement" notés en des mois déterminés (cf figure 47). Les courbes sont très irrégulières. Chez les femmes, on retrouve la surmortalité hiverno-printanière mais très diversement représentée : pic isolé en Février 1960 - surmortalité étalée de Mars à Juillet en 1961 - de Février à Mai en 1962 - surmortalité réduite aux deux mois de Mars et d'Avril en 1963. En référence, permettant de mieux interpréter les courbes, la mortalité mensuelle moyenne est de deux à trois hommes et d'un peu moins de sept femmes.

La courbe masculine est pratiquement ininterprétable. D'ailleurs, la pulvérisation de la population masculine (124 vieillards) sur les quarante huit mois couverts par l'enquête rend peu significative cette répartition mensuelle. Comme la courbe féminine n'apporte - en dehors de la mise d'une large variation de la mortalité d'un même mois d'une année à l'autre aucun élément nouveau, nous nous en tiendrons aux conclusions tirées de l'étude des mortalités mensuelles moyennes (cf page 205).

CONCLUSIONS

En quatre années, 475 décès sont survenus à l'Hospice de la Charité, 450 d'entre eux à 60 ans et plus. Les hommes représentent un peu plus du quart (27,5%) de ces décès.

Les comportements des deux sexes présentent d'importantes analogies en ce qui concerne en particulier l'entrée et le séjour.

Les hommes entrent à l'hospice en moyenne à 71 ans. Peu nombreuses jusqu'à 60 ans, leurs entrées se font massivement jusqu'à 84 ans qui en marque le maximum ; elles diminuent considérablement au delà. Le tiers des hommes entre avant 70 ans, plus de la moitié (54 %) de 70 à 84 ans.

Les femmes entrent en moyenne six ans plus tard, à 77 ans. Le poids de leurs entrées sur les âges supérieurs - un quart entre encore après 84 ans - mais de 70 à 84 ans, leur comportement est identique à celui des hommes, plus de la moitié (58 %) sont admises entre ces âges ; le sixième (16 %) des femmes entre avant 70 ans, seulement.

L'âge masculin moyen de décès est 74 ans et demi ; le nombre des décès d'hommes par classe d'âge varie peu jusqu'à 89 ans, marquant un maximum de 80 à 84 ans. Plus de la moitié des hommes sont décédés avant 80 ans, ceci correspond à une surmortalité masculine aux âges inférieurs : jusqu'à 70 ans, malgré la différence de population, les hommes sont plus nombreux à mourir que les femmes.

Celles-ci décèdent, en moyenne, six ans et demi plus tard, à 81 ans; leurs décès prédominent aux âges supérieurs : trois cinquièmes à partir de 80 ans, ils augmentent avec chaque classe d'âge, culminant à 80-84 ans, comme c'est le cas pour les hommes, diminuant au delà.

La plupart des entrées ont lieu dans les quelques années précédant le décès, ce qui permet de supposer des causes convergentes. La durée moyenne de séjour est de trois ans et demi, pour les deux sexes. Elle paraît indépendante de l'âge d'entrée - ou de décès - dans le cas des sujets restés moins de six mois et qui relèvent plus de l'hôpital que de l'hospice. Elle est également indépendante de l'âge de décès mais diminue légèrement lorsque l'âge d'entrée s'élève, dans le cas des séjours de plus de six mois.

La mortalité masculine maximale se produit en hiver et au mois de Juin. Pour les femmes, le maximum se situe à la transition hiverno-printanière.

CHAPITRE DEUXIEME

COMPARAISONS AVEC LA LOIRE
LA FRANCE ET LA POPULATION VIVANTE

COMPARAISONS AVEC LA LOIRE, LA FRANCE

Pour ces comparaisons, nous utiliserons des statistiques provenant de l'INSEE, de la revue "Population", de la caisse de Sécurité Sociale de la région Rhône-Alpes.

Nous allons rapprocher les décès survenus à la Charité en 1960-1961-1962 et 1963, des décès survenus dans le département de la Loire durant ces mêmes années et en France en 1960 (°). Les statistiques de l'INSEE concernant la Loire et la France ne comprennent pas les morts accidentelles ou violentes.

Le tableau XXXIX fournit la répartition selon le sexe, l'âge et selon le sexe et l'âge des populations décédées de la Charité, la Loire et la France. Les structures démographiques du département de la Loire et de la France sont pratiquement identiques (figures 48-49), on relève simplement un taux légèrement plus faible dans la Loire de décès de femmes de moins de 60 ans. Dans nos comparaisons avec notre enquête, ce sont les données concernant la Loire que nous prendrons-ainsi que nous l'avons fait à propos de la population vivante- comme référence.

(°) Les chiffres de 1961 sont identiques, les chiffres de 1950 différents mais les pourcentages identiques.

A la Charité, la prépondérance féminine est considérable (71 %) alors que les décès masculins l'emportent légèrement dans le département (51 %).

La proportion des décès de moins de 60 ans est quatre fois plus élevée à l'extérieur, ce qui n'est pas pour surprendre (°). Pour les décès de 60 ans et plus, la prépondérance féminine est beaucoup plus marquée à l'hospice que dans la Loire (72,5 % au lieu de 53,7 %).

Les pyramides des âges de décès de la Loire (figure 50) et de la Charité (figure 51) construites à partir des pourcentages du tableau XL -c'est à dire les histogrammes de répartition de chaque sexe entre les différentes classes d'âge- offrent quelques analogies dans leur aspect général et surtout d'importantes différences. Les analogies : chez les hommes, le taux des décès demeure à peu près constant pendant plusieurs classes d'âge ; chez les femmes, les décès augmentent de classe en classe pour culminer, dans la Loire comme à la Charité, à 80-84 ans, et décroître ensuite.

Les différences chez les hommes (figure 53-A), les décès de 60 à 64 ans sont trois fois moins importants à l'hospice que dans le milieu extérieur (5,6 et 17,0 %) de 65 à 79 ans, la répartition des décès est très voisine dans la Loire et à la Charité ; à partir de 80 ans, les décès sont beaucoup plus importants à l'hospice : 45 % et 30 % dans la Loire ; enfin on

(°) Rappelons que les statistiques ne comprennent pas les morts accidentelles ou violentes.

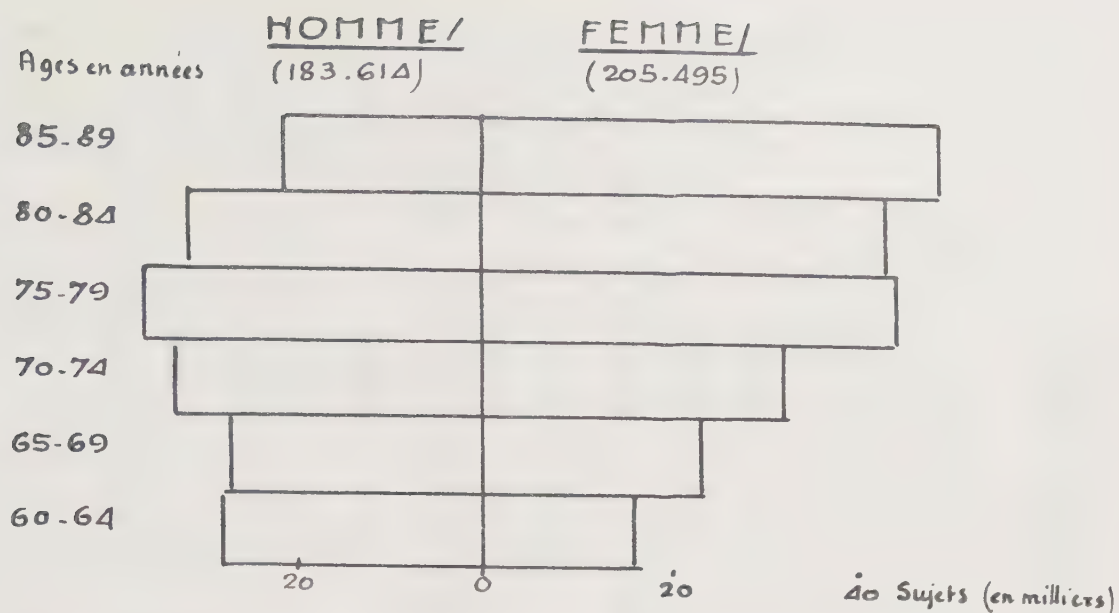


FIG. 48. Pyramide des âges des décès de la France en 1960.
(INSEE. 389.109 Sujets. 60 ans et plus).

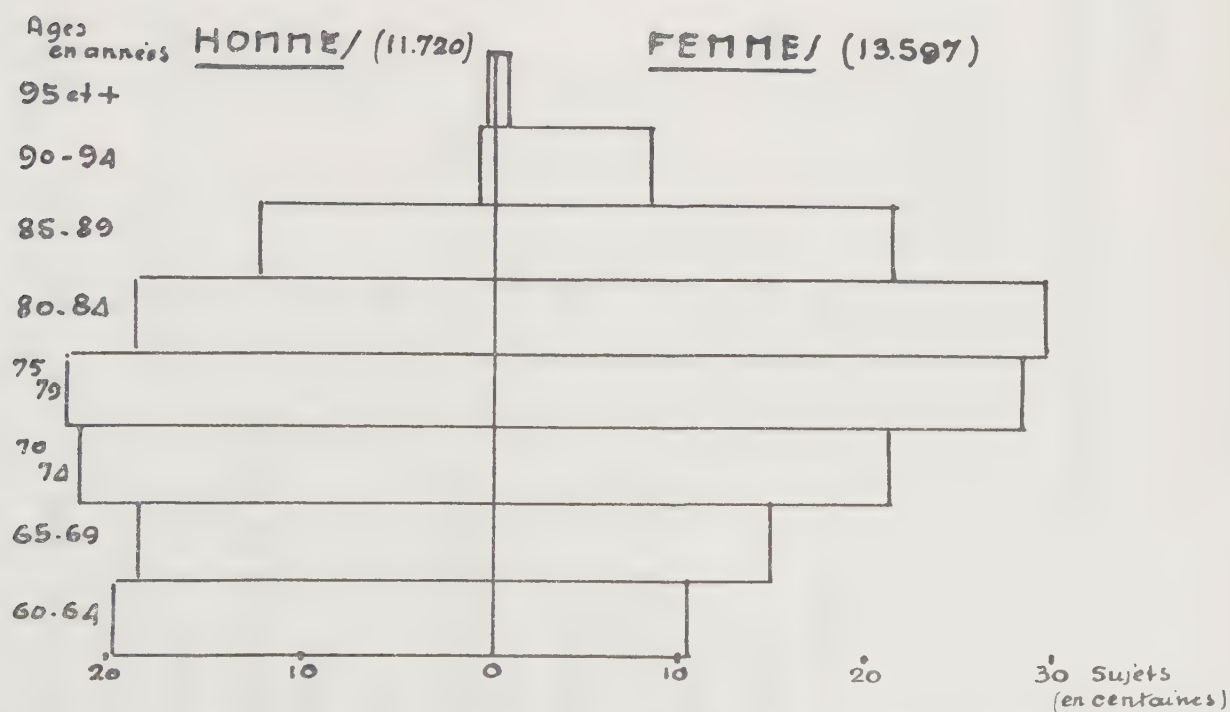


FIG. 49. Pyramide des âges des décès de la Suisse en 1960-61-62-63.
(INSEE. 25.317 sujets. 60 ans et plus)

TABEAU XXXIX

COMPARAISON DES POPULATIONS DE L'HOSPICE DE LA LOIRE, DE LA FRANCE

	LA CHARITE			LOIRE			FRANCE		
	SUJETS	%	%	SUJETS	%	%	SUJETS	%	%
Population décédée	475	100		32.966	100		517.437	100	
Hommes	137		{ 29,0	16.800		{ 51,0	263.788		{ 51,0
Femmes	338		{ 71,0	16.166		{ 49,0	253.649		{ 49,0
Décès de moins de 60 ans	25	5,3		7.649	23,2		128.328	24,8	
Hommes	13			5.080		{ 66,4	80.174		{ 62,5
Femmes	12			2.569		{ 33,6	48.154		{ 37,5
Décès de 60 ans et plus	450	94,5		25.317	76,8		389.109	75,2	
Hommes	124		{ 27,5	11.720		{ 46,3	180.614		{ 47,2
Femmes	326		{ 72,5	13.597		{ 53,7	205.495		{ 52,8
Hommes décédés avant 60 ans	13		9,5	5.080		{ 30,2	80.174		{ 30,4
à 60 ans et plus	124		90,5	11.720		{ 69,8	183.614		{ 69,6
Femmes décédées avant 60 ans	12		{ 3,7	2.569		{ 15,9	48.154		{ 19,0
à 60 ans et plus	326		{ 96,3	13.597		{ 84,1	205.495		{ 81,0

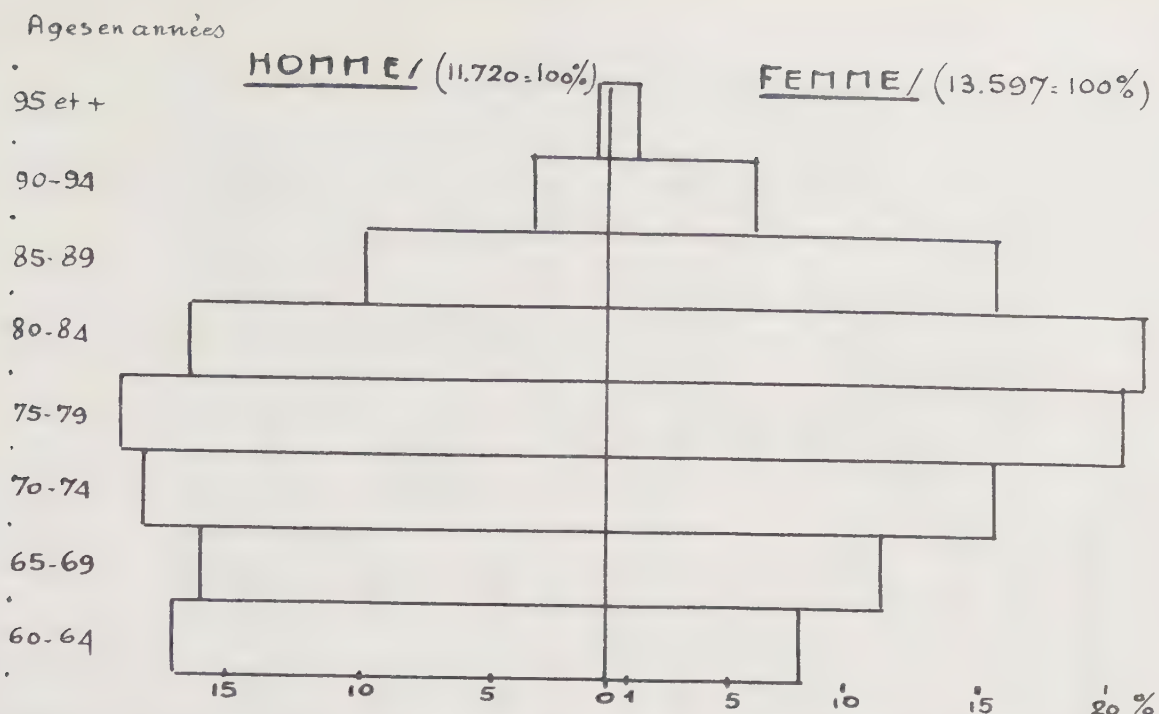


FIG. 50 Pyramide des âges des décès, en %, de la Source en 1960-61-62-63.
(INSEE. 25.317 sujets. 60 ans et plus).

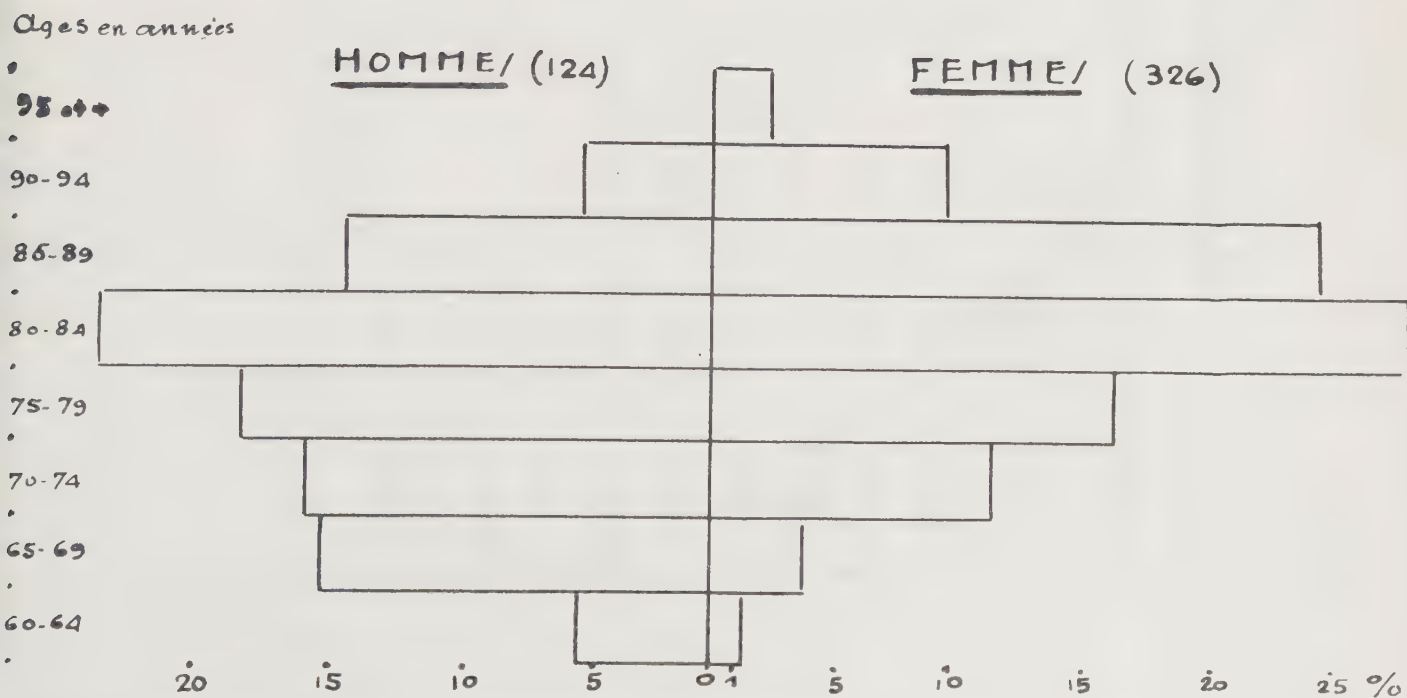


FIG. 51 Pyramide des âges des décès en %, de la Charité en 1960-61-62-63.
(Notre enquête, 450 sujets. 60 ans et plus).

TABLEAU XL

AGE DU DECES DES SUJETS AYANT 60 ANS ET PLUS

AGES	LA CHARITE			LOIRE			FRANCE		
	Effectif Sujets	H %	F %	Effectif Sujets	H %	F %	Effectifs Sujets	H %	F %
60-64	13	5,6	1,8	3045	17,0	7,7	43824	15,2	7,7
65-69	33	15,3	4,3	3370	16,0	11,0	49908	14,9	11,0
70-74	57	16,1	11,3	4277	18,4	15,6	65418	18,1	15,6
75-79	77	18,5	16,6	5070	19,1	20,9	80033	19,9	21,2
80-84	122	24,2	28,2	4897	16,5	21,8	75334	17,8	20,7
85-89	98	14,5	24,5	3254	9,6	15,6	{ 74592 }	{ 14,0 }	{ 23,8 }
90-94	41	5,7	10,4	1191	3,1	6,1			
95et+	9	0	2,8	213	0,4	1,3			
TOTAL	450	99,9 (27,5)	99,9 (72,5)	25317	100,1 (46,3)	100,0 (53,7)	389.109	99,9 (47,2)	100,0 (52,8)

TABIEAU XLI

REPARTITION DES SEXES EN FONCTION
DE L'AGE DE DECES. SUJETS AYANT 60 ANS ET PLUS
DEPARTEMENT DE LA LOIRE (1960-61-62-63)

CLASSE	HOMMES		FEMMES		TOTAL
	SUJETS	%	SUJETS	%	%
60-64	1998	65,6	1047	34,4	100
65-69	1877	55,7	1493	44,3	"
60-74	2152	50,3	2125	49,7	"
75-79	2233	44	2837	56	"
80-84	1929	39,4	2968	60,6	"
85-89	1130	34,7	2124	65,3	"
90-94	358	30,1	833	69,9	"
95et+	43	20,2	170	79,8	"
TOTAL	11720	46,3	13597	53,7	100

TABIEAU XLII

MORTALITE ANNUELLE COMPAREE A LA CHARITE ET DANS LA LOIRE

ANNEE	LA CHARITE			LOIRE		
	TOTAL	HOMMES	FEMMES	TOTAL	HOMMES	FEMMES
1960	21,3	22,6	20,9	24,6	24,6	24,7
1961	25,6	21,8	27,0	22,7	22,7	22,8
1962	32,0	37,9	29,7	26,4	26,5	26,2
1963	21,1	17,7	22,4	26,3	26,2	26,3
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

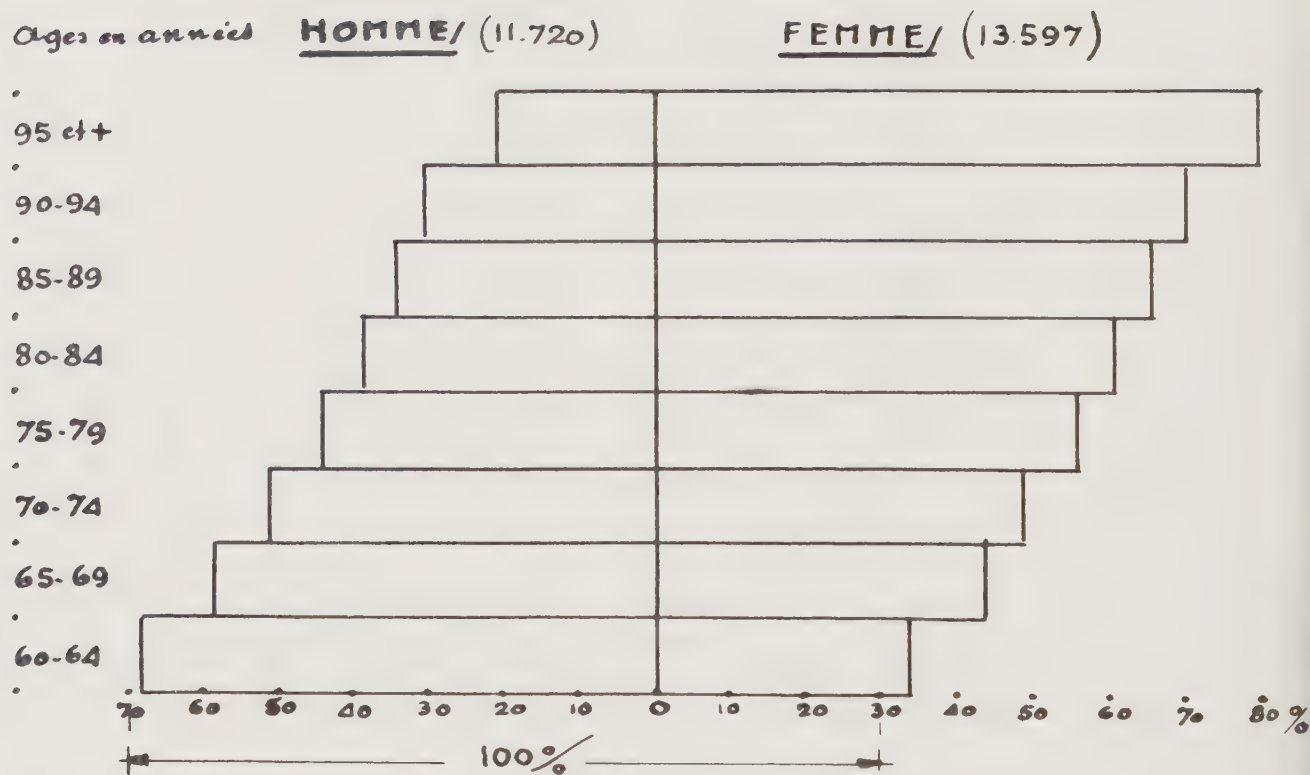


FIG. 52 . Histogramme de répartition des sexes en fonction de l'âge .

Population de 60 ans et plus, décédée dans la Loire (1960-61-62-63. 25.317 sujets)

relève dans le milieu extérieur quelques décès après 95 ans. Chez les femmes (figure 53-B), les décès de 60 à 64 ans sont, comme chez les hommes, beaucoup moins fréquents qu'à l'extérieur ; jusqu'à 80 ans, pour chaque classe d'âge, les décès sont plus importants, de 4 à 7 %, dans la Loire qu'à l'hospice ; à partir de 80 ans, c'est l'inverse, le taux de décès est plus élevé à l'hospice, de 4 à 7 %.

Bref, dans les deux sexes, les décès sont plus importants dans le milieu extérieur jusqu'à 80 ans ; à partir de cet âge, les décès l'emportent à l'hospice : avant 80 ans, dans la Loire, 70% des décès masculins se produisent contre 55 % seulement à la Charité ; de même 55 % des décès féminins -il persiste une importante mortalité féminine aux âges supérieurs- ont lieu dans la Loire avant 80 ans, contre 34 % à la Charité.

On constate en même temps que dans le département, il meurt, dans les classes d'âges inférieurs, plus d'hommes que de femmes. C'est ce que confirme l'histogramme de répartition des sexes (figure 52) construit à partir du tableau XLI.

Cet histogramme montre la diminution progressive, avec une remarquable régularité à mesure que l'âge augmente, de la proportion de décès masculins, qui passe de deux tiers à 60-64 ans à un cinquième à 95 ans et plus. Le phénomène est identique à l'hospice mais l'histogramme (figure 42), dont la régularité est rompue par la classe de 65-69 ans -dont la fraction masculine des décès est supérieure à celle

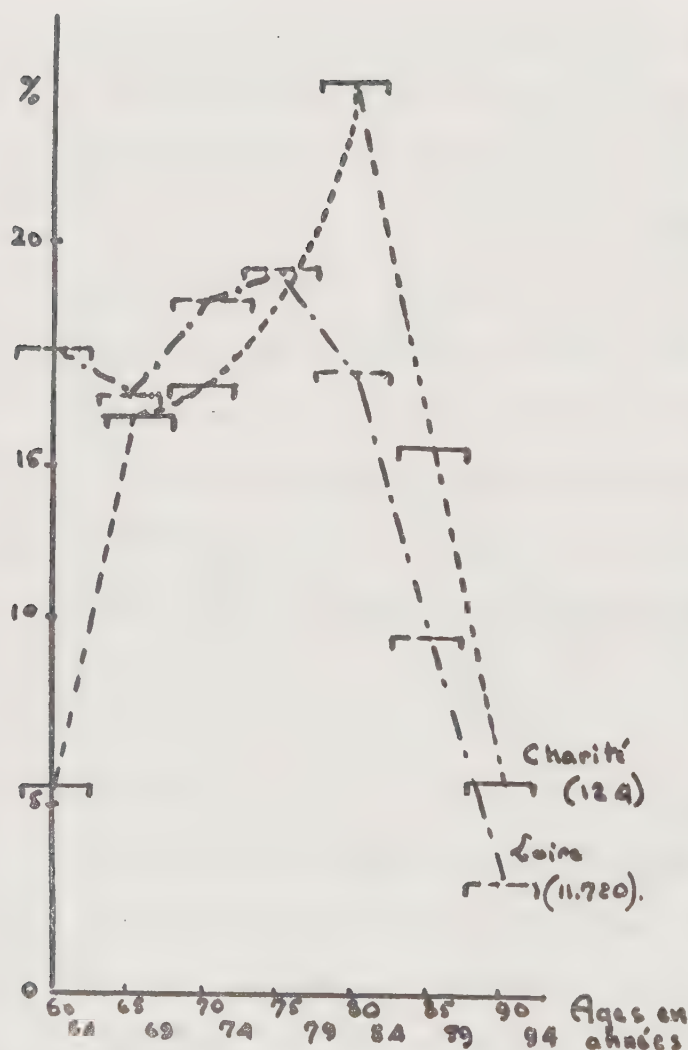


FIG 53 A Hommes

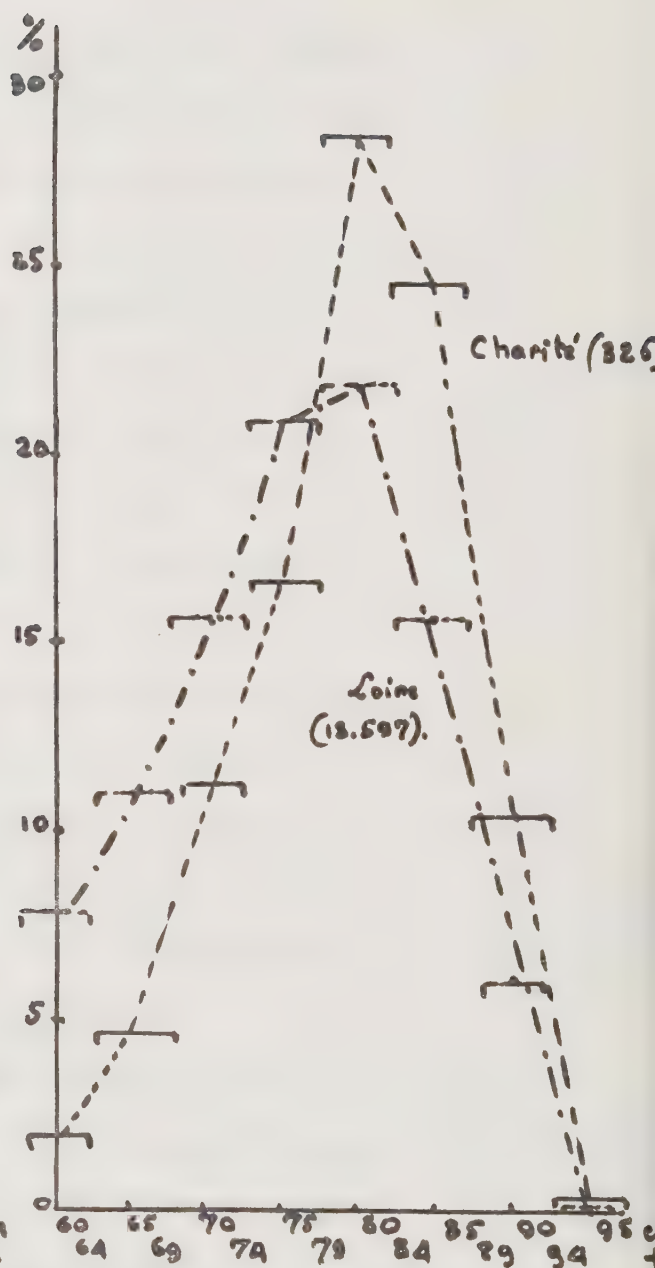


FIG 53 B Femmes

Mortalité selon l'âge dans la Loire (31368.25.317 sujets. 60 ans et plus) et à la Charité (notre enquête. 450 sujets. 60 ans et plus), en 1960. 61. 62. 63.

N.B. Pour rendre plus visible les courbes, nous avons assimilé les classes d'âge à des points.

de la classe précédente - offre un décalage par rapport à celui de la Loire : la proportion des décès masculins, est, à l'hospice, constamment inférieure de 12 à 13 %, à chaque classe d'âge (par exemple, à 60-64 ans, 54 % de la Charité, 66 % dans la Loire ; à 90-94 ans, 17 et 30 % respectivement). A partir de 80 ans, les décès sont cependant beaucoup plus importants chez les hommes, à l'hospice que dans la Loire, mais le décalage est nettement plus élevé chez les femmes : 15 % chez les hommes, 21 % chez les femmes.

Il ne faut pas en conclure hâtivement que l'on meurt plus vieux à l'hospice : l'âge moyen de décès des vieillards (60 ans et plus) est identique à la Charité et dans le milieu extérieur : 78 ans. Mais le comportement des deux sexes est différent :

Age moyen de décès	La Charité	La Loire
Hommes	74 ans 1/2	76 ans
Femmes	81 ans	79 ans

Nous reverrons ce fait à propos de la comparaison des vivants et des décédés à l'hospice.

La comparaison de la répartition du total des décès entre les quatre années considérées, à l'hospice et dans le milieu extérieur (tableau XLII) n'apporte aucun élément de convergence ; le niveau de mortalité de l'hospice varie d'une année

TABLEAU XLIII

MORTALITE TRIMESTRIELLE COMPAREE A LA CHARITE ET A SAINT-ETIENNE

ANNEE	LIEU	1° trim %	2° trim %	3° trim %	4° trim %	TOTAL
1960	LA CHARITE	38,5	27,1	13,5	20,9	100
	SAINT-ETIENNE	32,8	24,1	18,2	24,9	100
1961	LA CHARITE	24,3	33,9	18,2	23,6	100
	SAINT-ETIENNE	27	24,1	21,2	27,7	100
1962	LA CHARITE	34	25	18	23	100
	SAINT-ETIENNE	29,7	25,1	20,3	24,9	100
1963	LA CHARITE	29,5	26,3	20	24,2	100
	SAINT-ETIENNE	32,4	22,5	20,2	24,7	100

à l'autre indépendamment de celui de la Loire. Il en est de même si, au lieu de considérer le département tout entier, nous comparons l'hospice à la ville de Saint-Etienne au coeur de laquelle il se situe : la répartition des 7.906 décès survenus pendant les quatre années dans la ville est en effet identique à celle constatée pour la Loire.

Il est intéressant de rapprocher les mortalités trimestrielles, au cours des quatre années, à la Charité et à Saint-Etienne (°). Le tableau XLIII ne montre pas d'énorme différence entre les chiffres de l'hospice et ceux de la cité. Il est toutefois significatif de noter que durant le premier ou le deuxième trimestre - ou les deux - de chaque année, la proportion des décès est plus forte à l'hospice qu'à Saint-Etienne :

ainsi	1 ^o et 2 ^o trimestre	en	1960
	2 ^o trimestre	en	1961
	1 ^o trimestre	en	1962
	3 ^o trimestre	en	1963

Ce fait traduit la surmortalité hiverno-printanière à l'hospice.

(°) L'INSEE ne peut fournir de statistique concernant la mortalité mensuelle ou trimestrielle dans la Loire. Le bulletin de l'INSERM ne mentionne que les statistiques stéphanoises.

COMPARAISON AVEC LA POPULATION VIVANTE.

Ces comparaisons ne vont pas sans quelques réserves puisqu'elles sont fondées sur le rapprochement des sujets décédés à la Charité en 1960 - 1961 - 1962 - 1963 et des sujets vivants recensés dans ce même hospice en Mars 1965. Nous avons déjà signalé cette difficulté méthodologique dans l'introduction de l'étude de la population vivante (cf.p. 42) en l'absence de variation rapide dans la démographie de l'hospice, toutefois, permet ces comparaisons.

1° - Données générales.

Le tableau XLIV rassemble les données concernant chacune des populations : l'effectif global des décès est d'un tiers inférieur à celui du recensement. Les sujets de moins de 60 ans sont 6 fois plus nombreux dans la population vivante. La proportion masculine étant plus élevée chez les moins de 60 ans (ceci s'observe aussi dans le milieu extérieur), un tiers des sujets recensés sont des hommes, contre deux septièmes parmi les décès. La disproportion entre les populations de moins de 60 ans vivante et décédée est la simple traduction, au niveau de l'hospice, du phénomène général de l'accroissement important de la mortalité à partir de 60 ans.

TABLEAU XLIV

COMPARAISON ENTRE RECENSEMENT ET DECES

	RECENSEMENT		DECES	
	Sujets	%	Sujets	%
Population totale	700	100	475	100
Moins de 60 ans	210	30	25	5,6
60 ans et plus	490	70	450	94,4
Tous âges : hommes	236	33,7	137	29
femmes	464	66,3	338	71
60 ans et plus : hommes	138	27,6	124	27,5
femmes	352	72,4	326	72,5
Age moyen d'entrée	70 ans		74 ans	
Hommes	66 ans		71 ans	
Femmes	71 ans 1/2		77 ans	
Age moyen actuel ou de décès :	76 ans		78 ans	
Hommes	73 ans		74 ans 1/2	
Femmes	77 ans 1/2		81 ans	
Durée moyenne de séjour	6 ans		3 ans 1/2	

En ce qui concerne les sujets de 60 ans et plus, les effectifs vivants et décédés sont tout à fait comparables (490 et 450 respectivement). La proportion masculine y est identique et cette intensité traduit la similitude du comportement statistique global de chacun des sexes vis à vis de la mort.

2° - Taux de mortalité.

Il est tentant d'apprécier la mortalité à l'hospice, en particulier dans la population de 60 ans et plus, de la définir par un taux annuel (°) permettant la comparaison avec le milieu extérieur.

Le calcul permet d'obtenir les taux de mortalité suivants, en ce qui concerne la population de 60 ans et plus :

Loire : 65

La Charité : 224

Il s'agit, en fait, d'une définition purement artificielle, en ce qui concerne l'hospice. Celui-ci ne constitue pas, en effet, un milieu démographiquement clos, avec une population stable et invariable, à la manière d'une tribu, mais au contraire un milieu dynamique où le décès est loin de représenter l'unique possibilité de renouvellement.

Il s'effectue, en effet, de nombreuses sorties : sujets qui, après un essai de vie communautaire, préfèrent

(°) Nombre annuel des décédés pour 1000 personnes du groupe d'âge considéré.

reprendre leur vie autonome ou qui sont recueillis par un parent ou un ami, ou encore qui passent dans un autre établissement de vieillards, etc...

Le décompte de la rotation est le suivant :

	<u>Entrées</u>	<u>Sorties</u>	<u>Décès</u>
1960	234	105	103
1961	201	71	121
1962	222	68	152
1963	324	211	99
(1964)	(363)	(216)	(146)

On note que le mouvement de la population de l'hospice s'accroît ces dernières années.

De plus, le remplacement des vieillards décédés ou sortis ne s'effectue pas par l'entrée de sujets de la classe d'âge inférieure (60-64 ans), comme dans le cas d'une population dans le milieu extérieur, mais par l'admission de sujets de toutes classes d'âge.

Dans ces conditions, le taux de mortalité à l'hospice n'a pas grande signification démographique. Nous lui accordons simplement la valeur d'une estimation commode d'une caractéristique interne de l'hospice, ne prenant son importance que dans ses variations.

3° - Espérance de vie.

Par contre, il est possible de calculer

l'espérance de vie, à divers âges, des pensionnaires de l'hospice. Rappelons que l'espérance de vie à l'âge n est exprimée par la différence, en années, qui sépare n de l'âge moyen de décès des sujets morts à l'âge $n + 1$ et plus.

Ainsi :

		<u>Hospice</u>	<u>France</u>
espérance de vie à 70 ans (en années)	hommes	9,1	9,3
	femmes	12,7	11,3
à 80 ans	hommes	2,1	4,9
	femmes	6,0	6,0

L'espérance de vie est très voisine - un peu supérieure chez les femmes de l'hospice - à l'hospice et en France, à 70 ans. Elle est identique, à 80 ans, dans les deux populations, en ce qui concerne les femmes, mais est réduite de plus de la moitié chez les hommes de l'hospice, par rapport à l'extérieur. La surmortalité masculine apparaît nettement plus marquée à la Charité.

4° - Age à l'entrée.

Le tableau XLV permet la comparaison des âges d'entrée des sujets recensés et des décédés. Les entrées des sujets recensés dans notre enquête se produisent principalement de 60 à 85 ans, avec un maximum de 75 à 79 ans. Celles des décédés se produisent surtout de 70 à 90 ans, avec un maximum à 80-84 ans ; il existe une importante mor-

talité chez les pensionnaires admis à partir de 70 ans.

Les deux sexes ont un comportement différent ; parmi les hommes recensés, un afflux massif à l'hospice se produit de 60 à 69 ans ; la mortalité prédomine chez les sujets entrés après 69 ans, avec un maximum à 80-84 ans (7,2 % des sujets vivants ; 1/4 des décédés). Parmi les femmes recensées, l'afflux se produit de 70 à 84 ans ; la mortalité est importante chez les sujets entrés de 70 à 80 ans, et devient très élevée pour les entrées après 80 ans (85-89 ans : 9,1 % chez les sujets vivants ; 18,4 % des décédées).

5° - Age actuel, âge au décès.

La comparaison des âges actuels de la population vivante et de décès de la population disparue est résumée par le tableau XLVI. La mortalité est importante à partir de 70 ans et devient très marquée au delà de 80 ans puisque chaque classe d'âge est davantage représentée parmi les décédés que parmi les vivants.

Le comportement des deux sexes est voisin ; on note toutefois que la représentation de chaque classe d'âge chez les décédés par rapport aux vivants est régulièrement plus accentuée chez les hommes ; ainsi, à 60-64 ans, chez les hommes : 5,5 % décédés ; 17,4 % vivants ; chez les femmes : 1,8 % décédées ; 6,8 % vivantes. On retrouve ce fait en rapprochant la répartition des sexes dans chaque classe d'âge (tableau XLV-B) chez

TABLEAU XLV

COMPARAISON DES POPULATIONS VIVANTE ET DECEDÉE
(Chiffres en %)-Age d'entrée

A

B

CLASSES	R E P A R T I T I O N											
	DES AGES EN FONCTION DU SEXE						DES SEXES EN FONCTION DE L'AGE					
	Recensement						Recensement					
	H	F	Total	H	F	Total	H	F	Total	H	F	Total
Avant 40 ans	2,8	2,1	2,2	2,4	0,3	0,9						
40 à 44 ans	2,1	1,2	1,4	0	0,3	0,2						
45 à 49 ans	0,7	2,3	1,8	0	0,3	0,2						
50 à 54 ans	5,8	3,7	4,3	2,4	0,9	1,3	38,1	61,9	100			
55 à 59 ans	8,7	3,7	5,1	1,6	2,1	2	48	52	"			
60 à 64 ans	20,3	10,5	13,3	8,9	3,4	4,9	43,1	56,9	"	50	50	100
65 à 69 ans	22,5	12,8	15,5	12,1	5,8	7,6	36	64	"	44,1	55,9	"
70 à 74 ans	13,8	17	16,1	16,9	16,3	16,4	24	76	"	28,4	71,6	"
75 à 79 ans	11,6	19,9	17,6	19,4	18,7	18,9	18,3	81,7	"	28,2	71,8	"
80 à 84 ans	7,2	16,5	13,9	23,4	25,2	25,2	14,7	85,3	"	26,1	73,9	"
85 à 89 ans	4,3	9,1	7,8	8,9	18,4	15,8	15,8	84,2	"	15,5	84,5	"
90 à 94 ans	0	1,4	1	4	6,4	5,8				19,2	80,8	"
95 ans et plus					1,8	1,3						
Total (sujets)	138	352	490	124	326	450						

TABEAU XLVI
COMPARAISON DES POPULATIONS VIVANTE (AGE ACTUEL) ET DECEDÉE (AGE DE DECES)
(Chiffres en %)

R E P A R T I T I O N												
CLASSES	DES AGES EN FONCTION DU SEXE						DES SEXES EN FONCTION DE L'AGE					
	Recensement			Décès			Recensement			Décès		
	H.	F	Total	H	F	Total	H	F	Total	H	F	Total
60 à 64 ans	17,4	6,8	9,8	5,6	1,8	2,9	50	50	100	53,9	46,1	100
65 à 69 ans	23,2	11,6	14,9	15,3	4,3	7,3	43,8	43,8	"	57,6	42,4	"
70 à 74 ans	17,4	13,9	14,9	16,1	11,3	12,7	32,9	32,9	"	35,1	64,9	"
75 à 79 ans	22,5	23,9	23,5	18,5	16,6	17,1	27	27	"	29,9	70,1	"
80 à 84 ans	10,1	22,2	18,8	24,2	28,2	27,1	15,2	15,2	"	24,6	75,4	"
85 à 89 ans	8	14,2	12,4	14,5	24,5	21,8	18	18	"	18,4	81,6	"
90 à 94 ans	1,4	6,8	5,3	5,7	10,4	9,1	7,7	7,7	"	17,1	82,9	"
95 ans et plus	0	0,6	0,4	0	2,8	2						
Total (sujets)	138	352	490	124	326	450						

TABLEAU XLVII

POPULATIONS VIVANTE ET DECEDÉE DE LA LOIRE
(Chiffres en %)

CLASSES	P O P U L A T I O N			
	Vivante		Décédée	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
60 à 64 ans	35,8	25,8	17,0	7,7
65 à 69 ans	24,0	23,4	16,0	11,0
70 à 74 ans	18,7	20,7	18,4	15,6
75 à 79 ans	11,5	15,2	19,1	20,9
80 à 84 ans	6,6	9,1	16,5	21,8
85 à 89 ans	2,9	4,4	9,6	15,6
90 à 94 ans	0,4	1,1	3,1	6,1
95 ans et plus	0,1	0,1	0,4	1,3
TOTAL	100,0	99,8	100,1	100,0

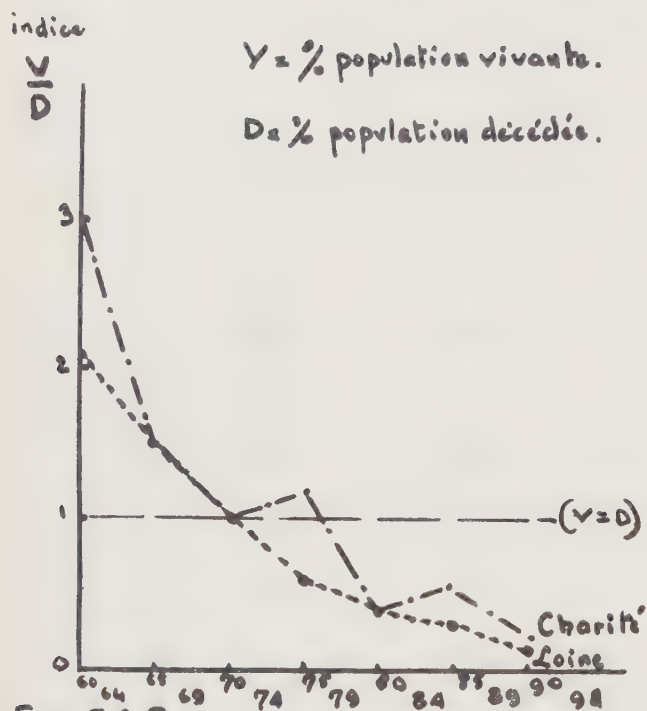


FIG 54 A Hommes

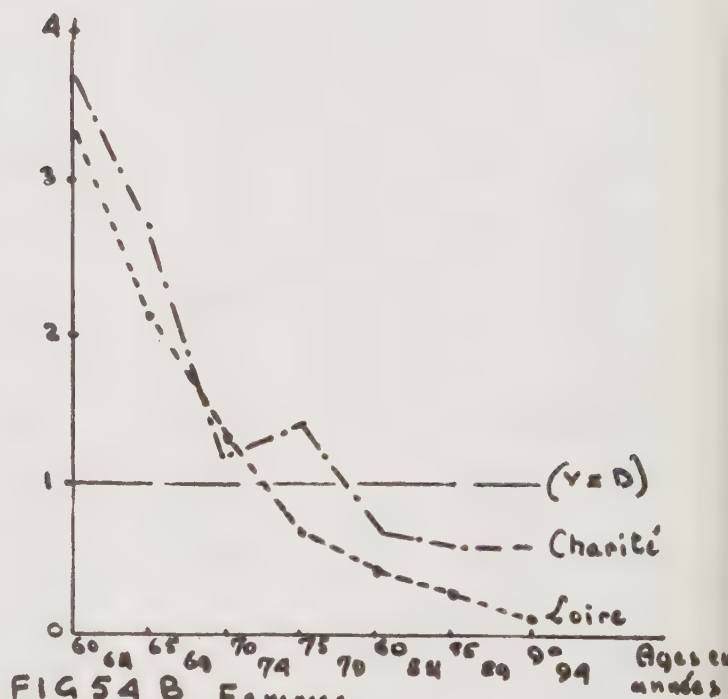


FIG 54 B Femmes

Indice $\frac{V}{D}$ dans les populations de la Loire (INSEE. V: recensement 1962. D: tables 1960. 61. 62. et de la Charité (notre enquête. V: recensement I III 1965. D: 1960. 61. 62. 65).

les décédés et chez les vivants.

Nous avons calculé le rapport de la représentation chez les vivants à la représentation chez les décédés, pour chaque classe d'âge. Le tableau XLVIII rassemble les rapports, pour chaque sexe, à la Charité (à partir du tableau XLVI-A) et dans la Loire (à partir du tableau XLVII). Les rapports ainsi établis apparaissent plus élevés d'une part chez les femmes que chez les hommes, d'autre part, à la Charité que dans la Loire ; l'inversion du rapport, c'est à dire le passage à une représentation des classes d'âge plus importante chez les décédés que chez les vivants, intervient, dans les deux sexes, à 75-79 ans dans la Loire, à 80-84 ans à la Charité. A partir de cette inversion, les rapports sont pratiquement identiques dans les deux sexes, dans la Loire, tandis qu'ils demeurent, à l'hospice, un peu plus élevés chez les femmes que chez les hommes.

Les pourcentages d'une classe d'âge, chez les décédés et chez les vivants, sont d'autant plus différents l'un de l'autre que le rapport est plus éloigné de 1. La figure 54 montre que les comportements des deux sexes sont différents : chez les hommes (figure 54-A), les distributions, en pourcentage, chez les vivants d'une part, chez les décédés d'autre part, sont plus éloignées l'une de l'autre, pour la classe initiale, à l'hospice que dans le milieu extérieur ; elles le sont autant de 65 à 74 ans ;

à partir de 75 ans, elles le sont moins à l'hospice - chez les femmes (figure 54-B), les distributions restent un peu plus éloignées l'une de l'autre - excepté de 70 à 74 ans - jusqu'à 80 ans, à l'hospice ; à partir de 80 ans, c'est dans le milieu extérieur qu'elles sont plus éloignées.

6° - Durée de séjour.

La durée moyenne de séjour est près du double pour la population vivante : 6 ans, contre 3 ans 1/2 chez les décédés ; 58,7 % des sujets vivants, 85,4 % des décédés restent moins de cinq ans à l'hospice. En ce qui concerne la population vivante, les durées de séjour vont en diminuant avec l'âge (au recensement) ; en ce qui concerne la population décédée, les durées demeurent relativement indépendantes des âges de décès.

TABLEAU XLVIII

RAPPORT DE L'EFFECTIF DECEDÉ A L'EFFECTIF VIVANT(en%)
DE CHAQUE CLASSE D'ÂGE
DANS LA LOIRE ET LA CHARITE

CLASSE	HOMMES		FEMMES	
	LOIRE	CHARITE	LOIRE	CHARITE
60 à 64 ans	2,1	3	3,3	3,7
65 à 69 ans	1,5	1,5	2,1	2,7
70 à 74 ans	1	1	1,3	1,2
75 à 79 ans	0,6	1,2	0,7	1,4
80 à 84 ans	0,4	0,4	0,4	0,7
85 à 89 ans	0,3	0,5	0,3	0,6
90 à 94 ans	0,13	0,24	0,18	0,6

CONCLUSIONS

Les résultats de l'étude statistique des décès sont différents en France et dans la Loire d'une part, et à la Charité d'autre part. Nous avons ensuite, sous certaines réserves méthodologiques déjà exposées, rapproché les 490 vieillards recensés, en Mars 1965, à la Charité, des 450 décès survenus dans cet hospice, à 60 ans et plus, au cours des années 1960 - 1961 - 1962 - 1963.

1° - Il n'est pas possible de calculer un taux de mortalité à l'hospice, en raison du mouvement de la population, mouvement qui va en s'accroissant, le nombre des sorties dépassant largement celui des décès ces dernières années. L'entrée de nouveaux pensionnaires, de tous âges, rend cette population inhomogène et fait qu'elle est constituée de classes d'âge juxtaposées, sans vieillissement harmonieux et continu, comme dans la population extérieure.

On peut néanmoins conclure qu'il existe une notable surmortalité des vieillards à l'hospice ; l'étude de la pathologie apporte certaines précisions sur les raisons de ce phénomène.

Cette surmortalité quantitative est identique pour les deux sexes ; la répartition hommes-femmes est en effet la même, à l'hospice, chez les vivants et chez les décédés. La prépondérance féminine apparaît beaucoup plus marquée que dans le milieu extérieur.

2° - A l'extérieur, ce sont les décès de moins de 80 ans qui prédominent ; à l'hospice ce sont ceux de 80 ans et plus ; la représentation d'une classe d'âge - en pourcentage - devient plus importante chez les décédés que chez les vivants à partir de 75 ans dans le milieu extérieur, de 80 ans à l'hospice. Jusqu'à 75 ans chez les hommes, 80 ans chez les femmes, les distributions, d'une part chez les vivants, d'autre part, chez les décédés, en pourcentage, des diverses classes d'âge, sont un peu plus éloignées l'une de l'autre à l'hospice qu'à l'extérieur ; c'est l'inverse au delà de ces âges. Bref, aux âges élevés, les données démographiques de la population vivante à l'hospice que dans le département.

3° - En ce qui concerne la durée de la vie, le comportement des deux sexes est très différent : la vie des hommes est écourtée à l'hospice (l'âge moyen est de 1 an 1/2 moins élevé, l'espérance de vie, identique à 70 ans, deux fois moindre à 80 ans, que dans le milieu extérieur) ; la vie des femmes apparaît, au contraire, allongée à l'hospice (l'âge moyen de décès est de 2 ans plus élevé, l'espérance de vie,

supérieure de plus d'un an à 70 ans, ne devient qu'à 80 ans la même qu'à l'extérieur).

4° - Il existe une prépondérance de la mortalité chez les sujets admis à partir de 70 ans, à l'hospice, chez les hommes ; on peut admettre que les entrées, abondantes, de 60 à 69 ans, fournissent la plupart des sorties. Chez les femmes, la prépondérance de la mortalité s'observe chez les sujets entrés à 80 ans et plus.

Enfin, la mortalité prédomine chez les pensionnaires depuis peu à l'hospice ; elle s'abaisse de façon importante au-delà de quatre ans de séjour.

QUATRIEME PARTIE

ETUDE DE LA PATHOLOGIE

INTRODUCTION

L'étude de la pathologie des vieillards décédés à l'hospice, constitue une part très importante de notre travail. Initialement, elle en représentait même l'essentiel puisque nous nous étions donné pour but l'étude de la façon de mourir du vieillard en hospice. Par la suite, les considérations écologiques et sociologiques, introduites à titre complémentaire, prirent une immense place, grâce, en particulier, à l'analyse strictement démographique de la population vivante de l'hospice. En revanche, l'examen des dossiers des décès survenus à la Charité a porté principalement sur la pathologie en raison de notre choix initial que de la structure même de ces dossiers. Il s'agissait en effet des dossiers d'observation clinique. Nous avons parlé de leur constitution au chapitre de méthodologie (cf première partie).

Il ne nous paraît pas inutile de rappeler les divers éléments qui ont été tirés de chaque dossier et portés sur la fiche de codage correspondante pour faire l'objet du traitement mécanographique (cf méthodologie). La pathologie a d'abord été envisagée du point de vue temporel, aussi avons-nous dégagé pour chaque observation, la pathologie constatée à l'entrée, c'est à dire lors de l'examen médical suivant de

peu l'arrivée du nouveau pensionnaire à l'hospice - la pathologie observée durant le séjour, soit la même qu'à l'entrée, stationnaire, aggravée ou améliorée, soit de survenue nouvelle, - la pathologie de décès enfin, soit aggravation (évolution terminale), soit complication d'une affection préexistante, soit encore affection nouvelle.

Pour la pathologie d'entrée et de séjour, nous avons :

- 1) distingué l'allure évolutive générale, en aiguë, chronique et récidivante,
- 2) indiqué le nombre de maladies ou de syndromes relevés, en fixant le maximum à quatre,
- 3) transcrit ces maladies ou syndromes par ordre d'importance décroissante, en utilisant le code de pathologie établi à cet usage (cf page 21).

Pour la pathologie de décès, nous avons seulement indiqué le nombre de maladies ou de syndromes incriminés, en limitant le maximum à trois, et transcrit ces maladies ou syndromes en code.

Cette manière de procéder, les informations qu'elle procure, les choix qu'elle implique, appellent d'assez nombreuses remarques et explications. Avant d'en aborder le détail, il nous faut signaler que la structure de l'ensemble d'informations, -l'agencement du questionnaire pour ainsi dire- demandé à chaque dossier médical nous a été dictée par la forme même de ce dossier. Rappelons que les fiches standard de dépouillement et de codage ont été établies d'après les résultats d'un dépouillement-test

portant sur un échantillon constitué d'une trentaine de dossiers pris au hasard. Nous avons, au début de ce travail, déjà souligné les limites que porte nécessairement en elle toute enquête sur documents.

Revenons maintenant à chaque point particulier :

1) La distinction d'une pathologie d'entrée, de séjour, de décès. L'isolement d'une pathologie d'entrée s'est de lui-même imposé : chaque sujet est admis à l'hospice avec une pathologie invoquée pour demander et obtenir son placement. Si parfois il est fait appel à un motif social, ce dernier est dans la majorité des cas accompagné d'une ou de plusieurs affections, comme nous aurons l'occasion de le voir -pour cette raison, cet aspect particulier du motif d'entrée sera d'ailleurs partiellement étudié avec la pathologie proprement dite. Un examen clinique, parfois complété d'investigations para-cliniques et biologiques, fait le point de cette pathologie dans les jours qui suivent l'admission et décide de la conduite thérapeutique. Ce bilan d'entrée peut être très sommaire, en particulier dans le cas où le sujet est adressé, avec un dossier complet, par un service hospitalier. Quoiqu'il en soit, il existe au départ une expertise pathologique ; c'est elle qui se trouve transcrite sous la rubrique "pathologie d'entrée".

L'isolement d'une pathologie de décès allait également de soi : le but de notre enquête n'était-il pas de déterminer, dans la mesure du possible, les causes de la mort

des pensionnaires d'hospice ? Dans bon nombre de cas, l'examen du dossier a permis de retracer l'évolution fatale de telle affection, la désignant comme responsable du décès. Assez souvent, l'opinion du clinicien traitant, étayée éventuellement par une vérification anatomique (celle-ci est assez difficile à l'hospice de la Charité, le seul local équipé en vue des autopsies se trouvant à l'Hôpital Bellevue ce qui nécessite le transport des corps), était exprimée en une note de conclusion et de synthèse fournissant directement les causes de la mort. L'affection ou les affections tenues pour responsables du décès constituent donc "la pathologie de décès". Nous verrons un peu plus loin les dangers que comporte une telle estimation des causes d'un phénomène aussi particulier que la mort.

L'existence de séjours de longue -et même de très longue- durée pendant lesquels il pouvait soit ne rien se produire, soit survenir de multiples incidents pathologiques, a rendu nécessaire d'intercaler, entre l'entrée à l'hospice et le décès -souvent fort éloignés l'un de l'autre- une description de l'évolution clinique, que celle-ci ait été totalement stationnaire ou à l'inverse chargée de nombreuses péripéties. Il nous a fallu réintroduire dans notre dépouillement la notion de durée.

2) L'indication d'un nombre de pathologies ; le choix de ce nombre. Si, chez l'adulte jeune hospitalisé une pathologie unique domine la scène clinique et s'il est en pareil cas de bonne règle de s'efforcer de regrouper tous les symptômes, si nombreux

soient-ils, sous un seul et même diagnostic (°), chez le vieillard en hospice au contraire, l'existence simultanée de plusieurs pathologies est l'éventualité la plus fréquente. L'affection la plus aiguë, la plus bruyante évolue toujours chez lui sur un fond de délabrement chronique le plus souvent lui-même plurivalent (cf travaux de Pequignot).

Le nombre maximum de quatre affections pour le bilan d'entrée et les constatations faites au cours du séjour, de trois affections pour le décès nous a paru répondre à la plupart des cas examinés.

Un problème s'est posé à propos des pathologies complexes : fallait-il les considérer comme une seule affection et les ramener à leur aspect le plus marquant ou, au contraire, les décomposer en leur divers éléments ? La souplesse de notre code de pathologie, son éclectisme qui juxtapose entités anatomocliniques, symptômes, syndromes etc... nous ont permis de choisir la seconde solution qui reflète beaucoup plus fidèlement la réalité. Par exemple, un infarctus du myocarde avec défaillance cardiaque est codé en deux "affections" malgré l'unicité incontestable de la pathologie ; il en est de même d'une insuffisance respiratoire chronique grave avec retentissement cardiaque (cœur pulmonaire chronique).

3) L'ordre de transcription des affections. Les diverses pathologies présentées par un sujet ont été rapportées

(°) Les polydiagnostics sont en fait très fréquents chez l'adulte jeune (cf M. MAGDELAINE, Thèse Paris 1959).

avec un numéro d'ordre : 1° affection, 2° affection etc...

Il s'agit en principe d'un ordre d'importance décroissante, indiquant la pathologie (°) prépondérante, qui domine la scène clinique ou impose son allure évolutive. Les cliniciens nous ont presque toujours fourni ce classement par le centre de gravité de leurs préoccupations.

Nous n'avons pas attaché à ce classement des diverses affections offertes par un vieillard une importance exagérée ; nous l'avons surtout considéré comme une orientation générale. La variation éventuelle de cet élément de l'entrée au décès nous a semblé intéressante : ainsi, un sujet considéré au premier chef comme insuffisant cardiaque à l'entrée, le sera comme dément durant son séjour et comme insuffisant respiratoire aigu lors d'une grippe maligne au décès -malgré la persistance, tout au long de son histoire, de l'insuffisance cardiaque. Pour conserver toute sa valeur à cette variation, nous avons étroitement suivi le déroulement chronologique du dossier au cours des opérations de dépouillement afin de ne pas être influencé par les causes de la mort et de ne pas "anticiper" en mettant au premier plan une pathologie de séjour mineure mais que nous aurions pu devenir gravissime au point d'être la première responsable du décès. Comme nous l'avons signalé à propos de la méthodologie, nous avons cherché non à reconstituer non une histoire idéale, mais à transcrire une aventure vécue, sans en modifier a posteriori les péripéties.

(°) Nous employons indifféremment -dans cette étude- les termes pathologie et affection.

4) La classification en maladie aiguë, chronique ou récidivante. Ce point est très proche du précédent, nous avons indiqué l'aspect évolutif général de la scène clinique. Cet aspect est commandé par l'affection prédominante -lorsqu'il y en a une .

5) Le codage de la pathologie de séjour. Il n'a pas posé de problème particulier. Pour simplifier et éviter les répétitions, lorsque la pathologie de séjour s'est trouvée être la même qu'à l'entrée, nous avons indiqué le nombre d'affections, l'allure évolutive (chronique presque toujours dans ce cas) et pour transcrire les diverses affections, eu recours à un code collectif, avec une nuance qualitative : "aggravation", code 138- "état stationnaire", code 139.

6) Le codage de la pathologie de décès. De graves difficultés se sont rapidement fait jour, qui toutes peuvent se ramener au problème des limites du décès : la distinction d'une pathologie d'entrée et de séjour repose sur une base chronologique ; l'individualisation d'une pathologie de décès est fondée sur la notion de causalité. Dans la chaîne ininterrompue de causes qui conduisent le vieillard à sa mort, comment isoler certaines d'entre elles et les déclarer responsables du décès. Faut-il, assimilant le lien temporel au lien causal, décider d'une hypothétique "période de décès", à l'intérieur de laquelle les phénomènes pathologiques seront tenus pour causes de la mort ? (°). Quelle est dès lors la limite entre

(°) Nous avons fait allusion à ces difficultés page 254

ce qui appartient au séjour et ce qui est du décès ?. En d'autres termes, sur quels critères décider qu'une affection est encore de "séjour" ou déjà de "décès"... En essayant d'échapper à l'arbitraire d'un tel procédé, on est tenté de se limiter à la cause immédiate -dans le temps- de la mort, au risque de tomber dans une description sémiologique de l'instant du décès aboutissant à la caricature : "cause de la mort = arrêt cardiaque"...

Nous n'avons pas l'intention d'exposer toute la complexité des problèmes que pose la définition des causes d'un tel phénomène que la mort ; il ne nous paraît pas inutile d'insister sur les difficultés méthodologiques que notre travail a rencontrées.

Nous avons pris "les causes de la mort" dans une large acception, celle tacitement admise par les cliniciens. Ceux-ci retiennent comme causes de la mort, l'ensemble des phénomènes ayant précédé le décès, organisés en une unité logique ayant une existence (nosologique) propre, c'est à dire une maladie, une entité clinique. Il s'agit d'une définition pragmatique à la fois temporelle et logique, permettant un découpage valable du champ causal. Un des inconvénients de la méthode est que l'observateur se contente assez souvent d'un diagnostic général (°) -décès par grippe ou par infarctus du myocarde ou encore dans un tableau de délire aigu- en abandonnant toute précision sur les modalités du décès, peut être par manque de renseignements, la mort étant souvent peu spectaculaire, passant inaperçue pour ainsi dire et échappant de ce fait à toute analyse.

(°) A l'inverse de l'inconvénient -que nous avons signalé plus haut- d'un découpage strictement chronologique du champ causal, qui conduit à isoler quelque symptôme terminal et à le tenir pour cause de la mort.

Aussi nous sommes-nous efforcé d'adhérer étroitement aux données du dossier médical. Dans bon nombre de cas, l'individualisation des causes de la mort s'est opérée tout naturellement : ainsi un sujet hémiplégique depuis un ictus survenu pendant son séjour, meurt au cours d'une grippe dans un tableau d'oedème aigu du poumon : pathologie de séjour, ictus-hémiplégie ; causes de la mort, OAP -grippe. La possibilité de relever et de coder trois causes a permis une transcription fidèle de pratiquement tous les renseignements que nous possédions sur les décès.

Notre étude portera sur :

- Les modalités d'admission.
 - L'étude descriptive de la pathologie.
 - L'étude analytique de cette pathologie.
-

CHAPITRE PREMIER

MODALITES D'ADMISSION

ETUDE DESCRIPTIVE DE LA PATHOLOGIE

MODALITES D'ADMISSION

Dans ce paragraphe, nous allons nous attacher à examiner l'instance qui se trouve à l'origine de l'entrée d'un sujet à l'hospice -qui, en d'autres termes, a effectué les démarches et obtenu l'entrée.

Pour 82 sujets (18 % des décès de 60 ans et plus) -19 hommes et 63 femmes- ce point est resté sans précision.

Le tableau XLIX rassemble les diverses éventualités rencontrées et leur fréquence, pour la totalité des vieillards et pour chaque sexe séparément. Le mode d'entrée le plus fréquent est représenté par le transfert depuis un service de médecine : 40 % des sujets (près de 50 % si l'on déduit les sans-précision) sont dans ce cas. La proportion masculine est à peine plus forte dans cette catégorie que dans la population totale (30,7 % au lieu de 27,5 %). Les transferts depuis un service de chirurgie (8 %) ou un hôpital psychiatrique (4,7%) intéressent les deux sexes de façon identique. Il s'agit presque toujours de sujets insuffisamment améliorés pour posséder l'autonomie nécessaire à la vie à l'extérieur, mais dont l'évolution clinique est ou stabilisée ou très lente et le traitement équilibré et relativement simple.

Trois modalités d'admission appellent certains

commentaires : tout d'abord les sujets adressés par leur entourage familial (directement) constituent une faible minorité (3 %) d'égal pourcentage dans chaque sexe. Ensuite, la proportion des hommes adressés par une maison de retraite est deux fois supérieure à celle des femmes (respectivement 9,7 % et 4,9 %). Enfin, le cinquième des pensionnaires est envoyé par un médecin praticien et cette dernière modalité est presque deux fois moins fréquente chez les hommes que chez les femmes ; les hommes représentent 17 % seulement des pensionnaires adressés par un praticien. Il est certain qu'un nombre important -impossible à préciser avec les renseignements dont nous disposons- des entrées de cette dernière modalité ont été demandées par la famille, le médecin praticien ne jouant qu'un rôle d'intermédiaire ; on peut même, sans trop d'erreur, estimer que les vieillards adressés à l'hospice par leur médecin -consulté ou non dans ce but- sans intervention de leur entourage, restent en petit nombre. Les entrées de vieillards adressés par une maison de retraite ont un caractère particulier : il s'agit dans tous les cas de sujets dont l'état somatique ou mental dépasse le cadre de tolérance de l'établissement. Ainsi d'un cardiaque devenu grabataire ou d'un vieillard turbulent. C'est à dire que l'hospice reçoit dans ce cas avant tout un malade et même un grand malade ; autrement dit les problèmes que pose ce type d'entrée sont au premier chef cliniques et thérapeutiques.

Bref, près des deux tiers (64 %) des pensionnaires dont la modalité d'entrée est connue, proviennent d'un service hospitalier -de médecine pour la plupart-. S'y ajoutent les trans-

TABLEAU XLIX

MODALITES D'ADMISSION

	Décès de 60 ans et plus			Dédution faite des sans précisions			
	TOTAL	%	HOMMES %	FEMMES %	TOTAL %	HOMMES %	FEMMES %
PRATICIEN	82	18,2	14 11,3	68 20,9	22,3	13,3	25,9
FAMILLE	13	2,9	4 3,2	9 2,8	3,5	3,8	3,4
CHIRURGIE	36	8,0	10 8,1	26 8,0	9,8	9,5	9,9
MEDECINE	179	39,8	55 44,4	124 38,0	48,6	52,4	47,1
HOPITAL PSY- CHIATRIQUE	21	4,7	5 4,0	16 4,9	5,7	4,8	6,1
MAISON DE RETRAITE	28	6,2	12 9,7	16 4,9	7,6	11,4	6,1
DIVERS	9	2,0	5 4,0	4 1,2	2,4	4,8	1,5
SANS PRECISION	82	18,2	19 15,3	63 19,3			
TOTAL	450	100,0	124 100,0	326 100,0	368 99,9	105 100,0	263 100,0

Décès de moins de 60 ans :

PRATICIEN	: 5	3 H.	2 F.
FAMILLE	: 0		
CHIRURGIE	: 2	1 H.	1 F.
MEDECINE	: 9	5 H.	4 F.
HOPITAL PSYCHIATRIQUE	: 1		1 F.
MAISON DE RETRAITE	: 1		1 F.
DIVERS	: 0		
SANS PRECISION	: 7	4 H.	3 F.

ferts depuis une maison de retraite. Un quart seulement des vieillards mènent, avant leur admission à l'hospice, une vie indépendante -tout au moins en dehors d'une collectivité hospitalière. C'est le cas de 26% des femmes et de 13% des hommes. Cette disproportion du simple au double qui caractérise les entrées en provenance directe du milieu extérieur -contrastant avec la proportion équivalente dans chaque sexe des entrées en provenance d'un établissement hospitalier- cette disproportion traduit l'autonomie, très supérieure à celle de l'homme, de la femme âgée. Celle-ci peut donc mener beaucoup plus longtemps une vie indépendante. Nous retrouvons là un élément mis en relief lors de l'étude de l'âge : la prédominance des femmes aux âges avancés d'entrée à l'hospice.

Cette autonomie -dont nous reprendrons l'examen à la fin de notre travail- est liée à de multiples facteurs : vieillissement moindre et plus tardif chez la femme, capacités ménagères, difficultés d'assimilation et d'intégration de la retraite, chez l'homme, vécue comme impasse existentielle (cf chapitre II, 2^o partie).

ETUDE DESCRIPTIVE DE LA PATHOLOGIE

De l'ensemble des pathologies fournies par le dépouillement mécanographique des fiches perforées, nous avons d'abord regroupé en larges secteurs de pathologie des affections proches, sous une même rubrique, ensuite mis en relief les pathologies les plus fréquentes.

A.- Les regroupements de pathologies.

Ils représentent plus des quatre cinquièmes des pathologies constatées (86,4 %). Ces regroupements pathologiques, au nombre de treize, sont d'importance inégale. Le tableau L en donne la liste, classée par ordre de fréquence décroissante ; il s'agit là de la fréquence globale, c'est à dire du nombre total de fois que chacun des regroupements a été rencontré, car la fréquence varie s'il s'agit de l'entrée, du séjour ou du décès.

Dans la pathologie globale, la pathologie cardiovasculaire vient en tête, ensuite les affections respiratoires ; les affections mentales, le marasme biologique, la pathologie vasculaire neurologique suivent, avec des fréquences proches l'une de l'autre.

A l'entrée, le groupe de pathologies le plus important est celui des affections mentales ; elles représentent

le quart des pathologies (24,4 %) constatées et sont relevées chez les deux cinquièmes (41,1 %) des pensionnaires (°) à leur admission. Le groupe des affections cardio-vasculaires vient en second : 18,5 % des pathologies notées, un peu moins du tiers (31,1 %) des sujets intéressés. En troisième, vient le groupe des affections locomotrices : 13,3 % des pathologies, un peu moins du quart (22,4 %) des entrants.

Pendant le séjour, les pathologies les plus nombreuses ressortissent au regroupement du marasme biologique qui rassemble 18,4 % des affections constatées et se rencontre chez le tiers des vieillards (33,6%). Le groupe des affections respiratoires est au second rang, avec une importance comparable : 18,3% des pathologies et pratiquement un tiers de la population (32,8%). Le groupe des affections cardiovasculaires vient ensuite : 15,8% des pathologies, 28,4% des sujets. Le groupe des affections mentales est passé à la quatrième place : 10,6% des pathologies, un cinquième des vieillards (19,1%).

Lors du décès, les pathologies incriminées sont moins nombreuses que pendant le séjour ou à l'entrée (501 contre 810 au séjour et 759 à l'entrée) mais les regroupements concernent 89% de ces pathologies comme à l'entrée ou durant le séjour. La pathologie cardiovasculaire est la plus fréquente : un peu plus du cinquième des pathologies observées (21,0%), le quart des décès intéressés (25,5%). Le groupe des affections vascu-

(°) Il s'agit d'une approximation, certains pensionnaires ayant deux ou plusieurs affections appartenant au même regroupement.

laïres neurologiques suit de près : 19,7% des pathologies, 24% des décès. En troisième vient le groupe des affections respiratoires : 16,8% des pathologies et un cinquième des vieillards (20,4%). Le regroupement du marasme biologique est au quatrième rang : 13,9% des pathologies, 16,9% des sujets. Les affections mentales sont parmi les pathologies les moins importantes : 0,9% des pathologies, 1,1% des sujets.

Ceci nous amène à envisager les variations de fréquence de chaque regroupement pathologique, à l'entrée, durant le séjour, au décès (tableau LI). On constate ainsi que la pathologie cardiovasculaire ne varie pratiquement pas (nous verrons que les diverses affections regroupées ont leurs variations propres) ; la pathologie respiratoire est deux fois plus importante durant le séjour (47,4%) qu'à l'entrée (23,1%) ou au décès (29,5%) ; la pathologie mentale est pour les deux tiers constatée à l'entrée, pour à peine moins d'un tiers pendant le séjour et pratiquement pas (1,8%) au décès, de même les affections locomotrices ... etc...

Après ces généralités, nous allons examiner successivement chacun des regroupements pathologiques.

- 1) La pathologie cardiovasculaire (tableau LII).

Elle se rencontre pour un tiers (34,2%) chez les hommes ; ceux-ci (27,5% de la population) accusent donc davantage d'affections cardiovasculaires. Ceci tient à un taux très élevé - plus de huit fois celui observé chez les femmes -

TABLEAU L

RECAPITULATION DES REGROUPEMENTS PATHOLOGIQUES
(450 décès de 60 ans et plus)

PATHOLOGIES	TOTAL			ENTREE				SEJOUR				DECES			
	Nombre	% 1842 =100	% 2070 =100	Nombre	% 678 =100	% 759 =100	% 450 =100	Nombre	% 722 =100	% 810 =100	% 450 =100	Nombre	% 442 =100	% 501 =100	% 450 =100
Cardio-vascul.	383	21	18,6	140	20,6	18,4	31,1	128	17,7	15,8	28,4	115	26,1	22,9	22,5
Respiratoire	312	17	15,1	72	10,6	9,5	16	148	20,5	18,3	32,8	92	20,9	18,4	20,4
Mentale	276	15	13,3	185	27,3	24,4	41,1	86	11,9	10,6	19,1	5	1	1	1,1
"Maras.biolo."	261	14,2	12,6	34	5	4,5	7,6	151	20,9	18,4	33,6	76	17,8	15,2	16,9
Vasc. neurolo.	247	13,4	11,9	72	10,6	9,5	16	67	9,3	8,3	14,9	108	25,4	21,6	24
Locomotrice	149	8,2	7,2	101	14,9	13,3	22,4	46	6,4	5,7	10,2	2	0,4	0,4	0,4
Digestive	76	4	3,7	19	2,8	2,5	4,2	42	5,8	5,2	9,3	15	3	3	2,9
Néoplasique	66	3,5	3,2	17	2,5	2,2	3,8	31	4,3	3,8	6,9	18	3,6	3,6	4
Sensorielle	24	1,2	1,2	21	3,1	2,8	4,6	3	0,4	0,4	0,7	0	0	0	0
Urinaire	17	0,9	0,8	6	0,8	0,8	1,3	8	1,1	1	1,7	3	0,6	0,6	0,7
Syphilitique	12	0,7	0,6	8	1,2	1,1	1,7	4	0,6	0,5	0,8	0	0	0	0
Sanguine	10	0,5	0,5	3	0,4	0,4	0,7	6	0,8	0,7	1,3	1	0,2	0,2	0,2
"Coma"	9	0,5	0,4	0				2	0,3	0,3	0,7	7	1,2	1,4	1,3
Total	1842	100,0	89	678	99,8	89,6		722	100,0	89,3		442	100,1	88,2	

TABEAU LI

REPARTITION DES REGROUPEMENTS PATHOLOGIQUES
ENTRE ENTREE, SEJOUR, DECES.

Regroupement des Affections	Entrée		Séjour		Décès		Total
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	
Cardiovasculaires	140	36,6	128	33,4	115	30,0	383
Respiratoires	72	23,1	148	47,4	92	29,5	312
Mentales	185	67,0	86	31,2	5	1,8	276
Marasme biologique	34	13,0	151	57,8	76	29,2	261
Vasculaires neurologiques	72	29,1	67	27,1	108	43,8	247
Locomotrices	101	67,8	46	30,9	2	1,3	149
Digestives	19	25,0	42	55,3	15	19,7	76
Néoplasiques	17	25,8	31	47,0	18	27,2	66
Sensorielles(°)	21		3		0		24
Urinaires(°)	6		8		3		17
Syphilitiques(°)	8		4		0		12
Hématologiques(°)	3		6		1		10
"Coma"(°)	0		3		6		9

(°) Pourcentages non calculés en raison des faibles quantités.

d'insuffisance cardiaque chez les hommes, durant le séjour.

Compte tenu de la différence d'effectif de leurs populations, les hommes présentent à l'entrée à peine plus d'affections cardiovasculaires que les femmes (29,3%), pendant le séjour près de deux fois plus (50%), au décès un peu moins (22,6%).

. La pathologie cardiovasculaire la plus répandue est l'insuffisance cardiaque (globale), à des degrés de gravité très divers, depuis les oedèmes modérés des membres inférieurs avec reflux hépatojugulaire et dyspnée jusqu'au tableau de grande asystolie. Elle représente plus du tiers (38,1%) des affections cardiovasculaires et est rencontrée pour un cinquième (20,6%) à l'entrée, un tiers (32,9%) durant le séjour, près de la moitié au décès (46,5%) ; elle est notée d'ailleurs dans 14,2% des 450 décès. Presque la moitié (46,5%) des insuffisances cardiaques surviennent chez les hommes - chez qui, nous l'avons vu, elle prédomine au cours du séjour.

. L'hypertension artérielle constitue le cinquième de la pathologie cardiovasculaire (19,1%). C'est avant tout une constatation d'entrée : 79,5% contre 17,8% au séjour et 2,7% seulement au décès ; notée chez 17,7% des pensionnaires à leur admission, chez la plupart elle n'est plus mentionnée par la suite, soit qu'un traitement l'améliore, soit que, demeurant modérée, elle n'ait aucune conséquence notable.

. Les troubles du rythme cardiaque viennent au troisième rang : 14,1% du regroupement cardiovasculaire.

Pour moins d'un tiers (15/54), il s'agit d'arythmie complète simple, banale, sans grande conséquence hémodynamique, témoignant d'un myocarde

sénile. Les plus nombreux (39/54) sont représentés par des troubles graves du rythme : extrasystolie persistante, polymorphe, tachycardies de modalités diverses, tachyarythmie, etc. Ils surviennent pour les quatre cinquièmes (31/39) chez des femmes. Les troubles graves du rythme sont peu incriminés lors du décès (5 fois seulement) ; ils sont notés 14 fois à l'entrée et 20 au séjour.

• L'insuffisance ventriculaire droite (coeur pulmonaire chronique) représente 6,3% des affections cardiovasculaires ; elle est notée 8 fois à l'entrée, 11 durant le séjour et 7 fois lors du décès - 4 seulement des 26 cas sont relevés chez des hommes.

• Six oedèmes aigus du poumon, traduction de l'insuffisance ventriculaire gauche, ont été constatés, dont cinq au décès. Deux sont survenus chez des hommes.

• Le syndrome de collapsus cardiovasculaire représente 5% du regroupement. Il est surtout observé au décès (16/19) et chez les femmes (16/19) ; les trois collapsus survenus chez des hommes ont cédé à la thérapeutique.

• La pathologie coronarienne (29 fois) représente 7,5% des affections cardiovasculaires, ce qui paraît très faible. Pour le septième (4/29) il s'agit d'un infarctus ancien, pour le tiers (9/29) d'angine de poitrine et pour plus de la moitié (16/29) d'un infarctus du myocarde, 5 hommes seulement présentent une atteinte coronarienne, dont 4 infarctus. Enfin, 11 des 16 infarctus ont été incriminés pour un décès.

TABLEAU LII

PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE

PATHOLOGIES (Code)	ENTREE			SEJOUR			DECES			TOTAL	
	Nombre de sujets			Nombre de sujets			Nombre de sujets			Sujets	%
	H	F	T	H	F	T	H	F	T		
H.T.A. (1)	14	44	58	4	9	13	1	1	2	73	19,1
Troubles graves du rythme (2)	3	11	14	4	16	20	1	4	5	39	10,2
Insuffisance car- diaque (3)	9	21	30	43	5	48	16	52	68	146	38,1
Collapsus (4)			0	3	0	3	3	13	16	19	5
Oedème aigu du poumon (5)			0	0	1	1	2	3	5	6	1,6
Insuffisance ven- triculaire droite (6)	3	5	8	1	10	11		7	7	26	6,8
Insuffisance aor- tique (7)	2	3	5	0	1	1			0	6)	3,4
Rétrécissement aortique (8)	2	0	2			0			0	2)	
Insuffisance mi- trale (9)	1	2	3			0			0	3)	
Rétrécissement mitral (10)		1	1		1	1			0	2)	
Angine de poitri- ne (11)	1	2	3		6	6			0	9	2,3
Infarctus (12)			0	1	4	5	3	8	11	16	4,2
Arythmie complète simple (14)		7	7	2	6	8			0	15	3,9
Séquelles d'infar- ctus (15)		3	3		1	1			0	4	1
Artérites des mem- bres inférieurs (16)	6	0	6	6	4	10		1	1	17	4,4
Total	41	99	140	64	64	128	26	89	115	383	100,0
	29,3%+70,7% = 100			50% + 50% = 100			22,6%+77,4% = 100			soit :	
	36,6%			33,4%			30% =			100	
										131 = 34,2%	
										252 = 65,8%	

. Les artérites des membres inférieurs (4,4% du regroupement) atteignent surtout les hommes (12/17). Une seule a été retenue parmi les causes d'un décès.

. Enfin, la pathologie valvulaire est, comme on pouvait s'y attendre, de très faible importance (3,4%). Il s'agit, presque uniquement (11/13) de constatations d'admissions. Aucune valvulopathie n'est retenue comme cause de décès ; une atteinte valvulaire congénitale ou acquise ayant atteint ou dépassé 60 ans peut être tenue pour modérée.

- 2) Pathologie respiratoire (tableau LIII).

Elle se rencontre pour un peu plus du quart (29,8%) chez les hommes, ce qui correspond à leur proportion dans la population totale.

Il n'en est pas de même tout le temps : à l'entrée, les hommes accusent beaucoup plus d'atteintes respiratoires que les femmes, puisque près de la moitié (45,8%) de cette pathologie s'observe chez eux ; la proportion des effectifs est respectée durant le séjour et au décès.

. Les pneumopathies aiguës représentent plus de la moitié (54,1%) de la pathologie respiratoire. Le tiers d'entre elles s'observe au décès et elles sont incriminées dans 11,8% des décès. Les hommes y sont moins sujets que les femmes car les quatre cinquièmes surviennent chez ces dernières. Elles présentent plusieurs types que nous allons examiner séparément :

Les pneumopathies aiguës classiques constituent le cinquième des affections respiratoires (19,8%). Elles se ren-

TABEAU LIII

PATHOLOGIE RESPIRATOIRE

PATHOLOGIES (Code)	ENTREE			SEJOUR			DECES			TOTAL	
	Nombre de sujets			Nombre de sujets			Nombre de sujets			Sujets	%
	H	F	T	H	F	T	H	F	T	(312)	
Asthme (71)	1	2	3	0	1	1				4	1,3
Bronchite (72)	10	13	23	3	16	19				42	13,4
Pneumopathie ai- gue (73)	3	8	11	4	25	29	1	21	22	62	19,8
Broncho-pneumo- nie aigue (74)	1	0	1	4	12	16	4	3	7	24	7,7
Pneumopathie vi- rale aigue (75)	1	2	3	8	19	27	3	21	24	54	17,3
Pneumopathie à répétition (76)	0	2	2	6	21	27	0	0	0	29	9,3
Insuffisance res- piratoire chroni- que (77)	14	11	25	6	13	19	0	3	3	47	15,1
Insuffisance res- piratoire aigue (78)	0	0	0	1	5	6	12	19	31	37	11,9
Tuberculose pul- monaire (80)	3	1	4	2	1	3	2	0	2	9	2,9
Hémoptysie (143)	0	0	0	1	0	1	3	0	3	4	1,3
TOTAL	33	39	72	35	113	148	25	67	92	312	100,0
%	45,8%+54,2% = 100			23,6%+76,4% = 100			27,2%+72,8% = 100			= 93H=29,8% 219F=71,2%	
	23,1%			47,4%			29,5%			= 100	

contrent pour le sixième (11/62) à l'entrée, près de la moitié (29/62) durant le séjour et le tiers (22/62) au décès. Les sept-huitièmes surviennent chez les femmes ; les hommes en sont donc deux fois moins atteints.

Les pneumopathies aiguës virales - en particulier dues au virus grippal - représentent le sixième (17,3%) du regroupement. La moitié (27/54) est notée au cours du séjour, près de la moitié (24/54) au décès. Moins du quart (12/54) survient chez les hommes.

Les pneumopathies aiguës avec atteinte bronchique représentent 7,7% de la pathologie respiratoire. Une seule est notée à l'entrée, les deux tiers le sont durant le séjour. Un peu plus du tiers (9/24) se rencontre chez les hommes comme c'est le cas d'autres pathologies bronchiques (cf. infra).

Les pneumopathies à répétition - évoluant sur un fond de bronchique chronique ou d'atteinte parenchymateuse diffuse chronique - constituent 9,3% des affections respiratoires. Si, grâce à l'anamnèse, deux sont notées à l'entrée, toutes les autres surviennent durant le séjour. Le cinquième se voit chez les hommes.

• Le syndrome d'insuffisance respiratoire aiguë - syndrome asphyxique - est noté dans 12% des affections respiratoires. Il est une des causes du décès chez 31 sujets ; les hommes en sont davantage victimes que les femmes, car ils représentent les deux cinquièmes (12/31) de ces décès.

. Le syndrome d'insuffisance respiratoire chronique - lié à une fibrose, une silicose, un emphysème, une bronchite chronique, etc... - constitue 15% de la pathologie respiratoire ; il se rencontre pour plus de la moitié à l'entrée pour les deux cinquièmes (19/47) durant le séjour, et est trouvé dans trois décès seulement. Les hommes présentent ce syndrome plus volontiers que les femmes : les deux cinquièmes (20/47) des sujets atteints sont des hommes.

. La bronchite chronique représente 13,4% du regroupement. Elle se voit, pour un peu plus de la moitié à l'admission, pour le reste (19/42) durant le séjour, car elle n'est relevée dans aucun décès (ce qui ne signifie pas qu'elle n'en ait entraîné aucun, mais comme cause de la mort, il a été retenu son seul aspect d'insuffisance respiratoire chronique). Elle est observée pour à peine moins d'un tiers (13/42) chez les hommes.

. L'asthme n'est rencontré que 4 fois, dont 3 à l'entrée. Son importance apparaît négligeable dans la pathologie respiratoire du vieillard (1,3%).

. La tuberculose pulmonaire est peu importante, elle aussi : 2,9% des affections respiratoires ; elle est relevée 4 fois à l'entrée, 3 au séjour et 2 au décès et 7 fois sur 9 est survenue chez un homme. Cette faible fréquence apparaît surprenante ; la tuberculisation du vieillard est un fait généralement admis or seulement 0,8% des pensionnaires lors de leur admission et 0,7% durant leur séjour, ont été retenus comme tuberculeux pulmonaires.

. Quatre hémoptyses, dont trois ont entraîné le décès - toutes trois chez des hommes - ont été observées. Trois d'entre elles, dont deux fatales, - sont d'étiologie tuberculeuse.

On peut s'étonner de ne pas découvrir dans ce regroupement d'une part les néoplasmes pulmonaires ou bronchiques, d'autre part les pneumoconioses (la silicose étant fréquente dans la Loire, pays de mines), les fibroses pulmonaires diverses. Les premiers ont été regroupés dans la pathologie néoplasique ; les secondes ont été considérées - remarque déjà faite à propos de la part de la bronchite chronique dans certains décès - sous l'angle de l'insuffisance respiratoire chronique qui représente l'incidence relationnelle, sociale de ces atteintes. Nous y reviendrons à la fin de ce chapitre.

- 3) Pathologie mentale (tableau LIV.)

Nous avons regroupé là toutes les affections ayant une sémiologie mentale, qu'il s'agisse des manifestations d'anxiété d'un syndrome dépressif ou de l'affaiblissement intellectuel et des troubles du comportement d'une atrophie cérébrale, que l'existence d'une lésion anatomopathologique fait rattacher à la neurologie. Nous en avons exclu les troubles de la conscience survenant dans certaines affections strictement neurologiques (coma vasculaire, par exemple).

Les atteintes intellectuelles - définitives ou

TABLEAU LIV

PATHOLOGIE MENTALE

PATHOLOGIES (Code)	ENTREE			SEJOUR			DECES			TOTAL Sujets%(276)
	H	F	T	H	F	T	H	F	T	
Tentatives de suicides (140)			0	1	0	1	2		2	3 1,1
Artériopathie cérébrale (37)	7	10	17	0	3	3				20 7,2
Atrophie cérébrale (38)	2		2	1	1	2				4 1,4
Confusion mentale (43)	1	12	13	2	14	16	1		1	30 10,9
Détérioration mentale (44)	26	76	102	9	28	37	1	1	2	141 51,2
Préoccupation hypochondriaque (45)	0	7	7	0	3	3				10 3,6
Excitation sénile (46)	1	3	4	3	7	10				14 5,2
Syndrome dépressif (47)	0	4	4	2	1	3				7 2,5
Psychose sénile (48)	2	18	20	1	2	3				23 8,3
Psychose ancienne (49)	0	4	4	0	0	0				4 1,4
Démence sénile(50)	1	0	1	3	3	6				7 2,5
Débilité mentale (51)	5	4	9	0	0	0				9 3,3
Troubles du caractère (52)	1	1	2	2	0	2				4 1,4
TOTAL	46	139	185	24	62	86	4	1	5	276 100,0
%	24,9%+ 75,1%= 100			27,9%+ 72,1%= 100						=74H=26,8% +202F=73,2%
	67% +			31,2% +			1,8%			=100

réversibles - constituent les trois quarts de cette pathologie. Il s'agit d'altérations suffisamment graves pour être devenues patentes chez des sujets menant une existence simple et régulière, laissant très peu de place à l'initiative et au jugement.

Cette pathologie a été observée, pour les deux tiers à l'entrée (67 %), pour à peine moins d'un tiers durant le séjour (31,2%) et pratiquement pas (1,8%) comme cause de décès. Autrement dit, un peu plus des deux cinquièmes (41,2%) des sujets à leur admission et près d'un cinquième (19,2%) durant leur séjour présentent une pathologie mentale. La régression de la pathologie mentale lors du séjour est à première vue surprenante, puisque, pour les trois quarts, les affections qui la constituent sont irréversibles. En fait, la relative stabilisation de l'évolution, la limitation des troubles du comportement par la thérapeutique, la survenue d'affections viscérales, ont refoulé cette pathologie à l'arrière-plan, en faisant la toile de fond banale du séjour.

Les hommes présentent de la même façon que les femmes cette pathologie mentale qui se répartit pour 26,8% chez les hommes et 73,2% chez les femmes.

. La détérioration mentale simple, affaiblissement intellectuel modéré et limité, représente l'éventualité la plus répandue : 51,2% des affections mentales. Pour les trois quarts (72,3%), elle est notée à l'entrée, chez 22,7% des admis. Elle s'observe pour un quart (25,5%) chez les hommes.

. Les états démentiels ou prédémentiels par artério-

pathie (diagnostic posé sur les signes d'athérome périphérique) représentent 7,2% des affections mentales. La plupart ont été notés dès l'entrée (17/20). Un tiers est observé (7/20) chez des hommes, mais, quoiqu'il paraisse logique que ces états artériopathiques soient plus fréquents chez eux, la faiblesse des effectifs en jeu ne permet guère de tirer des conclusions.

. Quatre démences par atrophie cérébrale (type maladie d'Alzheimer) ont été diagnostiquées (sur l'âge moins avancé, les troubles du langage, la turbulence, les altérations de l'E.E.G. et de l'encéphalographie gazeuse), deux dès l'entrée, deux durant le séjour, trois chez des hommes.

. Les démences séniles représentent 2,5% de la pathologie mentale. Elles sont notées 1 fois à l'entrée et 6 durant le séjour, et 4 fois sur 7 chez les hommes.

. Les syndromes confusionnels constituent 10,9% du regroupement. Ils sont observés à peu près également à l'entrée et au séjour, pour la plupart chez les femmes (26/30) et ne sont cause que d'un seul décès chez un homme. Nous ne pouvons fournir aucune indication sur l'étiologie de ces épisodes ; certains, ayant, après un certain temps d'évolution, fait place à un état démentiel progressif, apparaissent comme une poussée évolutive inaugurale, d'un processus artériopathique ou atrophique.

. L'excitation sénile, prenant l'aspect de la turbulence - à recrudescence vespérale et nocturne, lors du fléchissement de l'état de veille - sans affaiblissement démentiel et sans psychose, représente 5,2% de la pathologie mentale ; 10 fois sur 14, elle est notée durant le séjour, 3 fois chez les hommes.

. Les troubles du caractère - isolés, sans contexte délirant ou démentiel - du vieillard qui devient acariâtre et pénible sont peu fréquents (1,4% du regroupement) - 2 cas sur 4 sont relevés durant le séjour, chez des hommes.

. Les psychoses séniles - délires chroniques d'installation tardive - représentent 8,3% des affections mentales, ce qui est beaucoup pour un hospice ; 20 des 23 cas sont notés à l'entrée, ce qui permet de penser que la thérapeutique a eu un effet heureux durant le séjour. 3 sur 23 concernent des hommes.

. Les syndromes dépressifs constituent 2,5% du regroupement. Il s'agit de dépression névrotique, les mélancolies d'involution étant transférées sans attendre en milieu psychiatrique; 4 sont notés à l'entrée et 3 durant le séjour, dont 2 chez des hommes.

. Il y a eu trois suicides, tous chez les hommes, dont deux réussis - une pendaison et deux défénestrations. Les trois suicides sont survenus de manière inopinée, au cours d'accès dépressifs peu intenses, chez des sujets ne paraissant pas anxieux, mais un peu abattus et cherchant à s'isoler.

TABLEAU LV

MARASME BIOLOGIQUE

PATHOLOGIES (Code)	ENTRÉE			SEJOUR			DECES			TOTAL	
	Nombre de sujets			Nombre de sujets			Nombre de sujets			Sujets %	
	H	F	T	H	F	T	H	F	T	(261)	
Dénutrition (126)	1	8	9	1	4	5			0	14	5,4
Cachexie (127)	0	1	1	5	24	29	8	18	26	56	21,4
Baisse de l'état général (128)	2	5	7	8	45	53	1	5	6	66	25,3
Marasme-Gâtisme (129)	3	10	13	8	21	29	9	28	37	79	30,3
Escarres (130)	2	2	4	5	30	35	1	6	7	46	17,6
TOTAL	8	26	34	27	124	151	19	57	76	261	100,0
%	23,5%+76,5%= 100			17,9%+82,1%= 100			25% + 75% = 100			=54H=20,7% +207F=79,3%	
	13% +			57,8% +			29,2% =			100	

. Les préoccupations hypochondriaques - c'est à dire les inquiétudes concernant l'état et le fonctionnement de tel organe, très différentes des idées hypochondriaques, certitudes délirantes de la lésion de tel organe - sont moins fréquentes qu'on le penserait : 3,6% des affections mentales. Toutes sont constatées chez les femmes, surtout au moment de l'admission, c'est à dire de la transplantation et de l'adaptation au nouveau milieu.

. Quatre malades mentaux, délirants chroniques vieillis, venus d'hôpitaux psychiatriques, représentent 1,4% de la pathologie mentale. On n'a pas noté, à leur propos, d'évolution démentielle ou autre.

. Enfin à l'entrée, on relève neuf cas de débilité mentale - qu'on ne mentionne plus durant le séjour - cinq hommes et quatre femmes, 3,3% du regroupement. Il s'agit pour tous, de sujets depuis fort longtemps à l'hospice, entrés soit dans l'enfance, soit à l'âge adulte au décès des parents, et ayant atteint et dépassé 60 ans.

- 4) Marasme biologique (tableau LV).

Nous avons rassemblé ici toutes les altérations de l'état général - depuis l'amaigrissement marqué jusqu'à la cachexie - les troubles trophiques généraux, jusqu'aux états les plus graves de déchéance physique, ce qui explique l'importance de ce regroupement qui vient au premier rang des affections du séjour et au troisième rang des affections observées au décès.

Compte tenu de la différence d'effectifs, il est un peu plus fréquent chez les femmes qui en totalisent les quatre cinquièmes (79,3%). A l'entrée, où 13% de ce regroupement sont relevés - ce qui est beaucoup pour des admissions en hospice puisque 7,6% des entrants sont ainsi concernés - les hommes représentent à peu près le quart. Durant le séjour, le regroupement s'observe pour près des cinq sixièmes chez les femmes (82,1%). Au décès, où moins du tiers (29,2%) des états de marasme sont constatés, la répartition suit le rapport des populations : 25% chez les hommes, 75% chez les femmes.

. La baisse de l'état général représente un quart (25,3%) du marasme biologique ; il s'agit d'une appréciation d'ensemble fondée sur l'aspect, la pâleur, la perte de poids, etc... Elle s'observe surtout durant le séjour (53/66) et est peu relevée à l'entrée ou au décès, principalement chez les femmes (les 5/6).

. La dénutrition ne constitue que 5,4% du marasme biologique. 9 des 14 cas sont notés à l'entrée - dont 8 chez des femmes - ce qui témoigne de la sous-alimentation, liée à des conditions économiques précaires, du vieillard dans le milieu extérieur ; 5 sur 9 sont, en effet, adressées par un médecin praticien.

. La cachexie représente un peu plus du cinquième du regroupement (21,4%). Un seul cas est noté à l'entrée, chez

une femme, adressée par son médecin. Elle s'observe à peu près de la même façon au séjour et au décès pour un peu plus des trois quarts chez les femmes (43/50) ; elle est rencontrée dans 5,8% des décès.

. L'état classique de marasme s'accompagnant de gâtisme représente près d'un tiers du regroupement (30,3%). Il est noté pour un sixième à l'entrée (13/79) - et sur ces 13 sujets, 5 sont adressés par un médecin praticien ou par leur famille - pour un peu plus des deux sixièmes (29/79) au cours du séjour, pour près de la moitié au décès (37/79). Il intervient dans 6,2% des décès. Les deux sexes accusent l'état de marasme et de gâtisme de la même façon : 20 cas sur 79 chez les hommes.

. Les escarres constituent 17,6% de la pathologie marastique. Sur les quatre sujets trouvés porteurs d'escarres à l'admission, deux sont adressés par un praticien. La plupart (35/46) s'installent durant le séjour - 7 cas seulement sont incriminés au décès, ce qui, manifestement, provient d'une description incomplète de l'évolution terminale. Près des cinq sixièmes des escarres surviennent chez les femmes (38/46).

Avant d'abandonner cette pathologie, il paraît intéressant de rappeler que des altérations plus ou moins graves de l'état général sont constatées en nombre assez important, lors de l'admission des vieillards, 7,6% des entrants

sont ainsi en état physique plus ou moins précaire. Près du tiers de ces sujets cachectiques, gâteurs ou dénutris ou encore porteurs d'escarres est adressé par un médecin praticien ou par la famille ; autrement dit, le tiers de ces sujets vivait dans le milieu extérieur, dans des conditions de vie isolée et des plus défavorables.

- 5) Pathologie vasculaire neurologique (tableau LVI).

Elle se rencontre pour 28,7% chez les hommes et 71,3% chez les femmes ; ce qui correspond au rapport des effectifs de chaque sexe. Un peu plus d'un quart de cette pathologie est constatée à l'entrée (29,1%), il en est de même durant le séjour (27,1%) ; plus des deux cinquièmes sont notés au décès (43,8%). Ce regroupement comprend tous les aspects de la pathologie vasculaire cérébrale qu'on rencontre chez le vieillard ; il s'agit pour beaucoup d'aspects fragmentaires qui s'associent chez un même sujet - par exemple : ramollissement, troubles de la conscience, hémiplégie, aphasie - pour former le tableau clinique complet.

• Une hémiplégie ancienne est constatée chez 49 entrants, soit 10,9% des vieillards. Les hommes sont concernés de manière très importante puisque le tiers (17/49) de ces hémiplegies leur appartient. Les hémiplegies anciennes ont laissé divers signes et séquelles, de nature et d'intensité très variables, permettant de les diagnostiquer ; il s'est rarement agi d'un signe de Babinski avec des réflexes tendineux un peu plus vifs d'un côté, plus souvent a persisté un déficit moteur important, avec une démarche spastique difficile. Six d'entre elles ont

TABLEAU LVI

PATHOLOGIE VASCULAIRE NEUROLOGIQUE

PATHOLOGIES (Code)	ENTREE			SEJOUR			DECES			TOTAL	
	Nombre de sujets			Nombre de sujets			Nombre de sujets			Sujets	%
	H	F	T	H	F	T	H	F	T	(247)	
ctus (18)	2	3	5	3	12	15	5	12	17	37	15,0
amollissement érébral (19)	2	2	4	1	5	6	1	8	9	19	7,6
émiplégie ancien- e (20)	17	32	49	0	0	0	0	0	0	49	19,8
émiplégie aiguë (21)	0	0	0	5	11	16	2	9	11	27	10,9
uadriplégie(22)	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0,4
phasie (23)	1	5	6	1	6	7	0	3	3	16	6,4
roubles neurolo- iques divers(24)	0	1	1	1	4	5	0	0	0	6	2,5
roubles de la onscience (25)	2	1	3	2	7	9	2	8	10	22	8,9
oma (26)	1	0	1	3	39	7	12	23	35	43	17,4
roubles végéta- ifs (27)	1	1	2	0	2	2	6	17	23	27	10,9
	—	—	—	— ⁿ	—	—	—	—	—	—	—
TOTAL	27	45	72	16	51	67	28	80	108	247	99,8
%	37,5%+62,5%= 100			23,9%+76,1%= 100			25,9%+74,1%= 100			71H=28,7% + 176F=71,3%	
	29,1%			27,1%			43,8% =			100	

laissé une aphasie dont la mention très brève dans le dossier permet de supposer que la composante motrice est au premier plan.

• L'ictus représente 14,9% de la pathologie vasculaire neurologique. Un peu plus du quart (10/37) est noté chez les hommes qui, compte tenu du rapport des populations, en sont donc autant victimes que les femmes. 5 ictus sont constatés à l'entrée, mais il s'agit, pour 3, de la notion "d'ictus à répétition" tirée de l'anamnèse. A peu près autant d'ictus sont observés durant le séjour (15) et au décès (17). 3,8% des décès sont liés à un ictus.

• Le ramollissement cérébral constitue 7,6% du regroupement. Le cinquième (4/19) est survenu chez des hommes ; 4 sont relevés à l'entrée, comme étiologie de déficits moteurs et intellectuels ; 6 sont survenus durant le séjour et 9 sont tenus pour cause d'un décès (dont un seul masculin).

• L'hémiplégie aiguë - aiguë par opposition aux séquelles d'hémiplégie envisagées plus haut - représente le dixième (10,9%) du regroupement. Le quart (7/27) s'observe chez les hommes, 16 hémiplégies sont constatées durant le séjour et 11 lors du décès. Plus d'un tiers (10/27) s'est accompagné d'aphasie.

• L'aphasie représente 6,4% de la pathologie vasculaire cérébrale ; 2 sur 16 seulement intéressent

les hommes ; 6 étaient acquises avant l'entrée, 7 sont survenues pendant le séjour et 3 sont apparues au cours d'un ramollissement d'évolution fatale. Il semble que le diagnostic d'aphasie ne recouvre que les syndromes moteurs de type Broca, les syndromes sensoriels type Wernicke passant souvent inaperçus parmi les troubles de conscience, chez le vieillard en particulier.

. Quelques troubles neurologiques divers (6 dont 5 chez les femmes) sont observés - par exemple : syndrome de la cérébelleuse supérieure, syndrome de Wallenberg, etc... Nous y avons joint une quadriplégie ancienne d'étiologie imprécise chez un sujet artérioscléreux cérébral.

. Le coma représente plus du sixième de cette pathologie (17,4%). Il survient plus volontiers chez les hommes puisque les deux cinquièmes (16/43) des comas vasculaires s'observent chez eux. Un coma est observé à l'entrée, chez un homme admis aussitôt après un ictus apoplectique. Sept comas, accompagnant des ictus, sont survenus durant le séjour et ont régressé, laissant apparaître une hémiplegie. Les cinq sixièmes (35/43) des comas vasculaires ont été retenus parmi les causes de décès ; 7,8% des décès sont ainsi survenus dans un tableau de coma. La moitié de ces comas (17/35) s'est installée brutalement, en une scène d'ictus ; les autres sont d'apparition très progressive.

. Les troubles végétatifs graves, avec hyperthermie centrale, ont une place importante : 10,9% du regroupement.

Tous - sauf chez une femme admise avec de gros troubles de la conscience sans coma vrai - accompagnent un coma vasculaire et sont de mauvais pronostics : trois seulement des huit comas (°) ayant récupéré contre les deux tiers (23/35) des comas ayant décédé se sont accompagnés de troubles végétatifs. Aussi la plupart de ceux-ci s'observe-t-elle au décès (23/27).

. Les troubles de la conscience, à type d'obtusion, d'obnubilation, etc... n'atteignant pas le stade du coma, représentent 8,9% de la pathologie vasculaire cérébrale. Le quart (6/22) s'observe chez les hommes - 3 vieillards sont entrés avec une altération de la conscience, dont une femme - nous venons d'en parler. Ces troubles s'observent autant pendant le séjour (9) qu'au décès (10).

- 6) Pathologie locomotrice. (tableau LVII).

Elle est très importante en particulier par ses incidences sociales car, par l'impotence qu'elle entraîne, elle est, en réduisant les capacités de déplacement du vieillard, un facteur d'isolement d'une part et de perte de l'autonomie d'autre part. Par contre, comme c'est le cas pour la pathologie mentale, sa léthalité directe est pratiquement nulle.

Elle atteint les deux sexes de la même façon : 27,4% pour les hommes, 72,4% pour les femmes. Les deux tiers sont constatés à l'entrée, dont c'est une des causes les plus importantes : presque le quart des entrants a une affection locomotrice (22,4%). Près d'un tiers (30,9%) est observé (°) un à l'entrée et sept au séjour.

TABLEAU LVII
PATHOLOGIE LOCOMOTRICE

PATHOLOGIES (Code)	ENTREE			SEJOUR			DECES			TOTAL Sujets % (149)
	H	F	T	H	F	T	H	F	T	
Paraplégie (29)	5	3	8	0	2	2				10 6,7
Fractures diverses et traumatismes(56)	0	1	1	3	5	8				9 6,0
Névralgies-sciati- ques (57)	0	2	2	0	1	1				3 2,0
Traumatisme de la hanche (58)	0	0	0	0	1	1				1 0,7
Fracture du col(59)	2	1	3	2	6	8		2	2	13 8,7
Fracture du basè sin (60)	0	0	0	0	1	1				1 0,7
Séquelles de trau- matisme (61)	1	21	22	0	0	0				22 14,8
Coxarthrose (62)	3	7	10	0	2	2				12 8,1
Ostéoporose diffu- se (63)	4	8	12	4	8	12				24 16,0
Ostéoporose loca- lisée (64)	0	1	1	0	1	1				2 1,2
Amputation(65)	1	0	1	3	2	5				6 4,0
Séquelles d'ampu- tation (66)	4	1	5	0						5 3,4
Cyphoscoliose (67)	0	1	1	0						1 0,7
Rhumatismes chroni- ques (68)	4	21	25	1	3	4				29 19,5
Polyarthrite chro- nique évolutive(69)	2	8	10	1	0	1				11 7,4
TOTAL	26	75	101	14	32	46	0	2	2	149 99,9
%	26% + 75% = 100			30,4%+69,6%= 100						40H=27,4% +109F=72,6%
	67,8% +			30,9% +			1,3% =			100

durant le séjour et 1,3% seulement au décès. La réduction de l'importance de cette pathologie pendant le séjour s'explique par le fait que le vieillard étant à l'hospice, les troubles locomoteurs, surtout gênants dans le milieu extérieur, qui ont motivé l'admission, passent au second plan. Il faut d'ailleurs préciser que, dans les demandes de placements à l'hospice, l'accent est plus volontiers mis sur les atteintes locomotrices, sources d'intérêt apitoyé, que sur un déficit intellectuel par exemple, risquant d'effaroucher en faisant craindre d'éventuels troubles du comportement.

. Les rhumatismes chroniques représentent le cinquième de la pathologie locomotrice (19,5%). La plupart (5/6) sont observés chez les femmes et presque tous (25/29) ne sont mentionnés qu'à l'entrée.

. L'ostéoporose (16,0% du regroupement) accompagne bon nombre de ces rhumatismes : près de la moitié (12/25) à l'entrée. En raison de la thérapeutique qu'elle requiert, cette ostéoporose est suivie pendant le séjour, avec les mêmes caractéristiques : 12 cas, 4 hommes et 8 femmes. Il s'y joint une ostéoporose de localisation vertébrale, chez une femme, mentionnée à l'entrée et pendant le séjour.

. La coxarthrose, que nous mettons à part en raison de l'atteinte de la marche qu'elle peut entraîner (avec un retentissement social très différent de celui d'un rhumatisme

déformant des mains, par exemple), représente 8,1% du regroupement, 10 sont notées à l'entrée (3 hommes, 7 femmes) et 2 pendant le séjour (2 femmes).

• La polyarthrite chronique évolutive (7,4% du regroupement) a une place assez importante puisque 10 sujets (2 hommes et 8 femmes) en présentent une à l'entrée ; une seule a été découverte pendant le séjour. Ceci répond à l'apparition relativement précoce de l'affection.

• La névralgie sciatique est peu fréquente : 2 sont notées à l'entrée et 1 observée au cours du séjour, toutes trois chez des femmes.

• La traumatologie représente près du tiers de la pathologie locomotrice (30,2%). Elle intéresse surtout les femmes, car les hommes n'y sont que dans moins d'un cinquième des cas (8/45).

22 sujet - dont 1 homme - sont entrés à l'hospice, venant pour la plupart de service de chirurgie, pour des suites ou des séquelles de traumatismes récents (contusions graves, fractures diverses). Aucun décès n'a suivi ce type d'entrées dont beaucoup se sont effectuées sous la rubrique "convalescence" ; nous examinerons ce dernier point à la fin de notre travail.

Les fractures du col fémoral représentent presque le tiers (13/45) des atteintes traumatiques ; 3 sujets proviennent d'un service de chirurgie et sont entrés avec une fracture

en voie de consolidation ; 8 fractures se sont produites durant le séjour et ont évolué favorablement ; 2 autres ont abouti à un décès ; 4 hommes et 9 femmes sont concernés par ces fractures dont il faut noter qu'un certain nombre est survenu au cours d'une chute consécutive à un "vertige" - soit grand vertige vrai, soit éclipse cérébrale - chez des sujets coutumiers de ce genre de malaise.

Une seule fracture du bassin, d'évolution favorable et une contusion de la hanche, toutes deux chez des femmes, ont été encore notées.

Les fractures et traumatismes divers sont d'importance réduite (6% du regroupement - 1/5 de la traumatologie) : fracture de l'humérus, de Pouteau, luxations de l'épaule sont répartis entre 3 hommes et 6 femmes. Aucun n'est noté parmi les causes de décès. Les traumatismes crâniens ne sont pas regroupés avec la pathologie locomotrice et seront envisagés plus loin.

. Enfin, la pathologie locomotrice comprend 10 paraplégies, 5 hommes et 5 femmes, d'étiologie mal définie, certaines par myélite transverse, d'autres par fracture du rachis ; 8 sujets, dont 5 hommes (chez qui les traumatismes sont plus fréquents) sont entrés à l'hospice en paraplégie, leur admission étant d'ailleurs demandée en raison de cette impotence. 2 paraplégies sont survenues durant le séjour, sans notion de traumatisme ; il semble s'être agi de pseudoparaplégie des vasculaires cérébraux.

- 7) Pathologie digestive. (tableau LVIII).

Elle ne tient pas une place très grande parmi les autres pathologies. Le quart de ce regroupement est noté à l'entrée, plus de la moitié (56,3%) est observée durant le séjour, le cinquième (19,7%) est retenu parmi les causes de décès. La prédominance au séjour des affections digestives tient à un nombre élevé de troubles dyspeptiques, sans doute lié à la diététique de l'hospice. Les quatre cinquièmes de cette pathologie sont observés chez des femmes.

. Les troubles digestifs divers, représentés surtout par des dyspepsies, liées pour une part importante à une inadaptation de l'alimentation, représentent les deux cinquièmes (41,8%) de la pathologie digestive. Ce sont les femmes qui font surtout les frais de cette dyspepsie puisque un cinquième seulement (6/31) de ces troubles intéresse les hommes.

. La lithiase biliaire - vésiculaire ou cholécystienne - représente 15% de ce regroupement. Onze cas ont été observés dont un seul chez un homme. Deux ont été notés à l'entrée, sept découverts durant le séjour et deux ont conduit au décès.

. Une insuffisance hépatique et six cirrhoses - toutes alcooliques - ont été notées. Deux de ces dernières ont été retenues comme cause de décès en coma hépatique. Il est à noter que cinq cirrhoses sur six sont apparues chez

TABLEAU LVIII

PATHOLOGIE DIGESTIVE

PATHOLOGIES (Code)	ENTREE			SEJOUR			DECES			TOTAL	
	Nombre de sujets			Nombre de sujets			Nombre de sujets			Sujets	%
	H	F	T	H	F	T	H	F	T	(76)	
Coma hépatique(32)	0	0	0				1	1	2	2	2,6
Sequelles d'inter- ventions digestives (104)	2	4	6				0	1	1	7	9,2
Interventions di- gestives (105)				1	3	4	0	0	0	4	5,3
Syndrome occlusif				0	3	3	0	2	2	5	6,6
Lithiase biliaire (107)	0	2	2	0	7	7	1	1	2	11	14,5
Ictère (108)	0	1	1	1	4	5	0	0	0	6	7,9
Cirrhose (109)	1	1	2	0	2	2	1	1	2	6	7,9
Insuffisance hépa- tique modérée(111)	0	0	0	0	1	1				1	1,3
Ulcère d'estomac. (95)	2	1	3	0	0	0				3	3,9
Troubles digestifs divers (96)	2	3	5	4	16	20	0	6	6	31	40,8
TOTAL	7	12	19	6	36	42	3	12	15	76	100,0
	25% +			55,3% +			19,7% =			100	
										M=16=21% F=60=79%	

les femmes.

. Les ictères sont peu importants : un à l'entrée, cinq durant le séjour, tous d'évolution favorable.

. Six sujets sont entrés avec des séquelles d'intervention digestive : 2 hommes gastrectomisés, 4 femmes cholécystectomisées - 1 femme est décédée des suites éloignées d'une cholécystectomie - 4 interventions digestives ont eu lieu durant le séjour, pour occlusion aiguë, pour lithiase biliaire ou néoplasme digestif ; 3 syndromes occlusifs sont apparus durant le séjour - 2 autres sont parmi les causes de décès.

. Il faut noter enfin la très faible importance de l'ulcère gastroduodéal, dont trois sont signalés simplement à l'entrée.

- 8) Pathologie néoplasique. (tableau LIX).

Ce sont là des affections dont le mode d'évolution et la gravité font qu'elles sont notées, assez souvent, de l'entrée au décès, et que le chiffre total fourni ne reflète pas la réalité, la même affection ayant pu être notée à plusieurs reprises.

C'est durant le séjour que sont constatées les plus nombreuses affections cancéreuses : 31 - dont les deux tiers chez les hommes qui, compte tenu de la différence des populations, présentent quatre fois plus de cancers que les femmes. La proportion est respectée au décès : 12 hommes dans les 18 cancers retenus comme cause directe de décès.

TABLEAU I.IX

AFFECTIONS NEOPLASIQUES

PATHOLOGIES (Code)	ENTREE			SEJOUR			DECES			TOTAL	
	Nombre de sujets			Nombre de sujets			Nombre de sujets			Sujets	%
	H	F	T	H	F	T	H	F	T	(66)	
Sphère génitale (83)	0	2	2	0	2	2	0	2	2	6	9,1
Poumon (84)	0	0	0	3	0	3	3	0	3	6	9,1
Oesophage (85)	1	0	1	1	0	1	1	0	1	3	4,5
Peau (86)	0	3	3	0	2	2	0	1	1	6	9,1
Sein (87)	0	2	2	0	3	3	0	1	1	6	9,1
Tube digestif(90)	0	1	1	3	5	8	1	0	1	10	15,1
Plancher de la bouche et larynx(100)	3	1	4	3	1	4	3	1	4	12	18,2
Généralisé (101)	0	0	0	3	1	4	3	2	5	9	13,7
Prostate (103)	4	0	4	4	0	4	0	0	0	8	12,1
TOTAL	8	9	17	17	14	31	11	7	18	66	100,0
	25,7% +			47% +			27,3% =			100	
										H=38=57,6% F=28=42,4%	

17 cancers étaient notés dès l'entrée, 14 ont été découverts durant le séjour - 13 cancers, enfin, sont décédés d'une pathologie intercurrente.

. Les 4 cancers de la prostate, constatés à l'entrée, sont morts d'une autre affection.

. Parmi les 8 néoplasmes digestifs (gastriques et coliques) observés au cours du séjour, 1 seul était constaté à l'entrée ; 7 sont décédés d'une autre pathologie.

. 5 décès sont survenus dans un tableau de cancer généralisé. Il s'agissait de néos pulmonaires, digestifs et de la sphère O.R.L. au départ.

. Chez 4 alcooliques - dont une femme - ont été relevés 2 cancers du larynx et 2 du plancher de la bouche.

- 9) Pathologie sensorielle. (tableau LX).

A l'entrée, 21 atteintes sensorielles ont été notées - dont 2 chez une débile mentale, sourd-muette et aveugle - 3 sont apparues durant le séjour ; 4,4% des entrants présentent un déficit sensoriel, motivant, du moins en grande partie, leur admission à l'hospice.

TABLEAU IX
ATTEINTES SENSORIELLES

PATHOLOGIES (code)	Entrée			Séjour			Décès			Total % Sujets (24)
	H	F	T	H	F	T	H	F	T	
Cataracte (132)	1	5	6	2	0	2				8 33,3
Surdité (133)	3	4	7	0	0	0				7 29,2
Cécité (134)	1	6	7	0	1	1				8 33,3
Surdi-mutité (135)	1	0	1	0	0	0				1 4,2
TOTAL	6	15	21	2	1	3				24 100
			+							SH 16F
			87,5% +			12,5% =				100 %

- 10) Pathologie urinaire.(tableau LXI).

Elle est d'importance réduite - 4 adénomes prostatiques ont été découverts à l'entrée et deux autres durant le séjour. La pathologie recouverte par le code "troubles urinaires" consiste en infections urinaires basses, liées essentiellement au décubitus chez les grabataires. Une seule néphrite aiguë, ayant guéri sans complication, a été notée.

- 11) Pathologie syphilitique (tableau LXII).

Huit sérologies positives isolées, dont 5 connues dès l'entrée, 3 tabes, dont 1 s'accompagnant d'arthropathies constituent tout le domaine de la syphilis à l'hospice.

- 12) Pathologie sanguine. (tableau LXIII).

Il faut noter l'absence d'hémopathie maligne, de leucose myé-
loïde en particulier. Peu d'affections hématologiques ont été
observées : une polyglobulie - sans doute fonctionnelle - dont
l'évolution paraît avoir été favorable, quelques anémies, fer-
riprives pour la plupart.

TABLEAU LXIII

PATHOLOGIE SANGUINE

PATHOLOGIES (code)	Entrée			Séjour			Décès			Total Sujets
	H	F	T	H	F	T	H	F	T	
Leucémie (88)				0	0	0				0
Anémie (89)		2	2	2	4	6		1	1	9
Polyglobulie(91)	1	0	1	0	0	0				1
TOTAL	1	2	3	2	4	6	0	1	1	10
										H=3- F=7

- 13) Coma. (tableau LXIV).

Il faut y ajouter les 43 comas vasculaires intégrés à la patho-
logie neurologique. Les deux comas hépatiques ont été relevés
avec les affections digestives; 1 décès est survenu par coma
diabétique, 4 par coma azotémique.

TABLEAU LXIV

COMA

PATHOLOGIES (code)	Entrée			Séjour			Décès			Total Sujets
	H	F	T	H	F	T	H	F	T	
Coma hypoglymi- que (28)					1	1				1
Coma diabétique (30)				1	0	1	1	0	1	2
Coma azotémique (31)				0	0	0	1	3	4	4
Coma hépatique (32)				0	0	0	1	1	2	2
TOTAL				1	1	2	3	4	7	9
							+			H=4 F=5

Nous allons considérer les pathologies non regroupées, en raison de leur originalité ou de leur caractère hétéroclite.

B. - Pathologies non regroupées.

Elles ne représentent que 11% de l'ensemble des affections observées. Leur importance ne varie pas de l'entrée au séjour et au décès. Le tableau LXV fournit la liste et leur fréquence. Quelques points particuliers sont à souligner :

• La pathologie veineuse est presque inexistante : une phlébite des membres inférieurs et deux ulcères variqueux trainants,

TABLEAU LXV

PATHOLOGIES NON REGROUPEES

PATHOLOGIE (Code)	ENTREE		SEJOUR		DECES		TOTAL		
	H	F	H	F	H	F	H	F	T
17. Vertiges avec chute				2		1		3	3
33. Crises convulsives			1	1		1	1	2	3
34. Comitialité		2	2	5			2	7	9
35. Zona		1		1				2	2
36. Traumatisme crânien			1	2	1	1	2	3	5
41. Parkinson	1	3	1	2			2	5	7
42. Sclérose en plaques				1				1	1
92. Intoxications diverses		1						1	1
93. Hémorragies diverses			1	3	2	3	3	6	9
94. Phlébite des membres inférieurs				1				1	1
97. Hernie diaphrag.		1						1	1
98. Syncope				2		2		4	4
99. Accident thérapeutique		1			1	2	1	3	4
110. Alcoolisme	7	5	1				8	5	13
112. Synd. méningé					1	1	1	1	2
113. Hernie inguinale				1				1	1
116. Suites opératoires	1				1		2		2
118. Diabète	2	10	3	2	3	1	8	13	21
119. Obésité	2	5	1	1			3	6	9

TABLEAU LXV (Suite)

PATHOLOGIES NON REGROUPEES

PATHOLOGIE (Code)	ENTREE		SEJOUR		DECES		TOTAL		
	H	F	H	F	H	F	H	F	T
120.Nanisme		1					1	1	
121.Hypothyroïdie				1			1	1	
123.Dermatose		1					1	1	
125.Syndrome de Fontenelle		1			1	4	1	5	6
131.Ulcère variqueux		2		2			4	4	
137.Sociopathie	7	27					7	27	34
138."Aggravation"			8	18			8	18	26
139."Etat station- naire"			1	23			1	23	24
141.Mort subite					13	20	13	20	33
TOTAL - Hommes et Femmes	20	61	20	68	23	36	63	165	
Total ...		81		88		59			228
142.Mort inconnue					9	56	9	56	65

cités à l'entrée et durant le séjour.

. 13 alcooliques sont signalés, dont 5 femmes ; ce chiffre se situe nettement au-dessous de la réalité ; seuls les grands alcooliques, impregnés, ralentis, sont notés.

. Les hémorragies qui sont constatées, ont une origine digestive pour la plupart ; une seule est d'origine génitale, chez une femme.

. 4 accidents thérapeutiques, dont un sujet entré en état d'obnubilation avancée par excès de barbituriques, sont relevés.

. Chez 26 sujets (8 hommes, 18 femmes), la pathologie de l'entrée s'est aggravée, sans que le tableau s'en enrichisse. Chez 24 sujets (1 homme, 23 femmes), la scène clinique est demeurée immuable durant les années de séjour et le décès a suivi l'apparition d'une pathologie étrangère. Pour tous les autres pensionnaires (400), de nouvelles affections se sont fait jour tout au long du séjour.

. Sous le nom de syndrome de Fontenelle (M. Riffat) sont décrits des vieillards qui "s'éteignent doucement", sans pathologie précise, ne souffrant, comme le célèbre mathématicien que "d'une certaine difficulté d'être".

C. - Pathologies les plus fréquentes.

Nous avons rassemblé les affections les plus fréquentes à l'entrée, pendant le séjour, au décès et pour l'ensemble de la pathologie, dans le tableau LXVI. Nous avons laissé de côté les affections du regroupement "marasme biologique", qui constituent essentiellement une pathologie d'accompagnement. Trois grands syndromes dominent l'ensemble de la pathologie, avec une fréquence comparable : l'insuffisance cardiaque - la détérioration mentale - l'infection respiratoire aiguë. Chacun domine un des moments de l'histoire clinique des pensionnaires de l'hospice : à l'entrée, la détérioration mentale intéresse 22,7% des sujets ; durant le séjour, l'infection respiratoire aiguë atteint 22% des sujets ; au décès enfin, l'insuffisance cardiaque s'observe chez 14,2% des vieillards.

Parmi ces trois pathologies marquantes, nous en avons plus particulièrement étudié une, dont l'importance à l'hospice est souvent méconnue bien que de récentes études anglosaxonnes aient tenté d'en montrer toute l'ampleur (28) ; il s'agit de la détérioration mentale. Cette affection est, avant tout, un facteur d'isolement et de perte de l'autonomie de vie dans le milieu extérieur ; ensuite, elle rend difficile la transplantation et l'adaptation à la vie communautaire ; enfin, l'hospice, avec sa vie stagnante, constitue, jusqu'à présent, un milieu aliénant, entretenant ou aggravant la détérioration.

Dans nos statistiques, cette pathologie est certainement sous-estimée : à l'entrée, seules les détériorations marquées

TABLEAU LXVI

LES PATHOLOGIES LES PLUS FREQUENTES

ENTREE	SEJOUR	DECES	ENSEMBLE
Détérioration mentale	102	48	146
Hypertension artériel.	58	37	141
Hémiplégie ancienne	49	53	102
Insuffisance cardiaque	30	99	129
Insuf. respirat. chronique	25	35	60
Rhumatisme chronique	25	31	56
Bronchite chronique	23	(23)	46
Séquelles de trauma.	21	17	38
Psychose sénile	20	16	36
Artériopathie cérébrale	17	11	28
TOTAL	370	265	751

ont été retenues, les altérations fines n'étant pas mises en évidence - par des tests d'efficience intellectuelle par exemple - (ce qui permet d'être certain que les affaiblissements relevés sont socialement gênants) ; au séjour, les préoccupations des cliniciens ont porté sur d'autres pathologies ; il importe d'ailleurs de préciser que la détérioration mentale représente avant tout un phénomène vécu par l'entourage, en particulier le personnel soignant, dont la saturation de la tolérance déclenche une sanction représentée par la prescription médicale - en d'autres termes, le sujet n'est pas montré au médecin.

Pour cette courte étude, nous n'avons considéré que les vieillards chez qui la détérioration mentale se trouvait au premier plan de l'admission, c'est à dire les observations où la détérioration (code 44) est portée comme première affection d'entrée.

. 90 cas ont été ainsi retenus ; ils se répartissent en :

14 hommes	soit	15,6 %
76 femmes	soit	84,4 %

La détérioration apparaît beaucoup plus importante chez les femmes (les hommes représentent 27,5% de la population totale).

. Les modalités d'admission sont les suivantes :

- médecin praticien	21	23,3%	24,4%
- famille	1	1,1%	1,2%
- service de chirurgie	6	6,7%	7,0%
- service de médecine	41	45,5%	47,7%

- hôpital psychiatrique	10	11,1%	11,6%
- maison de retraite	7	7,8%	8,1%
- sans précision	4	4,4%	-
	90	99,9%	86,=100%

Quelques différences avec l'ensemble de la population sont à relever : les sujets adressés par un praticien sont un peu plus nombreux (2% de plus), surtout, les transferts depuis l'hôpital psychiatrique ont doublé dans le cas des vieillards détériorés.

. Les âges d'entrée s'étalent de 60 à 93 ans, avec une moyenne de 79 ans et quelques mois - 64,5% des entrées ont lieu de 70 à 84 ans ; 27,8%, après 84 ans.

Les âges de décès vont de 62 à 97 ans, avec une moyenne de 81 ans 10 mois ; les décès culminent à 80-84 ans ; 67,7% surviennent à partir de 80 ans.

La durée moyenne de séjour est de 2 ans 1/2 ; les séjours de 6 mois à 1 an (tableau LXVII) sont nettement moins fréquents que pour l'ensemble des vieillards (cf. tableau XXXIII-B) ceux de 1 à 2 ans ont une plus grande importance chez les détériorés, si bien que les séjours inférieurs à 2 ans offrent le même pourcentage (62,3%) dans les deux populations.

La comparaison avec les données concernant la population totale montre que les entrées des sujets détériorés se produisent, en moyenne, trois ans plus tard ; leurs décès sont nettement moins retardés, si bien que le séjour de ces vieillards est

TABLEAU LXVII

DETERIORATION MENTALE ET DUREE DE SEJOUR

DUREE	Nombre de sujets	%
0 à 6 mois	27	30
6 mois à 1 an	8	9
	35	39
1 an à 2 ans	21	23,3
2 à 3 ans	11	12,1
3 à 4 ans	11	12,1
4 à 5 ans	4	4,5
5 ans et plus	8	9
TOTAL	90	100,0

d'une année plus bref que celui de l'ensemble.

Si nous examinons le nombre de pathologies (de une à quatre) que présentent les vieillards détériorés à l'entrée, la répartition est la suivante :

1 pathologie	28	31,1%	90 = 100%
2 "	42	46,6%	
3 "	17	18,9%	
4 "	3	3,3%	

près du tiers (31,1%) des entrants détériorés ne présente que cet affaiblissement isolé, près de la moitié (46,6%) offre à côté une seconde pathologie, près du cinquième en a, en plus, une troisième. Ceci ne correspond pas à ce qui s'observe au niveau de l'ensemble de la population où - nous l'étudions un peu plus loin - les pathologies isolées sont, à l'entrée, aussi nombreuses que les pathologies doubles (40,7 et 40% respectivement). Plus que les autres pathologies, la détérioration mentale s'accompagne, à l'entrée, d'une autre affection - ou de plusieurs.

. Chez deux vieillards, la détérioration offre un aspect évolutif aigu ; chez tous les autres, elle présente à l'entrée l'allure d'une affection chronique.

. L'analyse des décès des pensionnaires détériorés à l'admission apporte les précisions suivantes :

- dans 57 cas, 1 cause de décès a été retenue ;
- dans 16 cas, 2 causes de décès ont été retenues ;

- dans 2 cas, 3 causes de décès ont été retenues ;
- aucun renseignement n'a pu être recueilli sur les causes de 14 décès (codés "142 - mort inconnue"), 1 carte n'a pas été enregistrée par la trieuse électronique.

Les principales pathologies suivantes ont été relevées comme cause unique de 57 décès et comme première cause de 18 autres :

- insuffisance cardiaque	23 décès	25,6% (90=100%)
- pathologie vasculaire neurologique	12 "	13,3%
- infection respiratoire aigüe	11 "	12,2%
- cachexie, marasme, etc...	16 "	18,9%
- mort subite	5 "	5,6%

à noter encore un suicide et un infarctus du myocarde.

TABLEAU IXVIII

REPARTITIONS DES PATHOLOGIES REGROUPEES
A L'ENTREE, AU SEJOUR, AU DECES

LES PATHOLOGIES	TOTAL			ENTREE				SEJOUR				DECES						
	T	H	F	T	H	%	F	%	T	H	%	F	%	T	H	%	F	%
Cardio-vasculaire	383	131	252	140	41	19,4	99	21,2	128	64	30,5	64	12,5	115	26	20,8	89	28,1
Respiratoire	312	93	219	72	33	15,6	39	8,4	148	35	16,6	113	22,1	92	29	23,2	63	19,9
Mentale	276	74	202	185	46	21,8	139	29,8	86	24	11,4	62	12,1	5	4	3,2	1	0,3
Marasme Biologique	261	54	207	34	8	3,3	26	5,6	151	27	12,8	124	24,2	76	19	15,2	57	18,0
Vasculaire Neurologique	247	71	176	72	27	12,8	45	9,6	67	16	7,6	51	10	108	28	22,4	80	25,2
Locomotrice	149	40	109	101	26	12,3	75	16,1	46	14	6,6	32	6,2	2	0	0	2	0,6
Digestive	76	16	60	19	7	3,3	12	2,6	42	6	2,8	36	7	15	3	2,4	12	3,8
Néoplasique	66	38	28	17	8	3,8	9	1,9	31	15	7,1	16	3	18	11	8,8	7	2,2
Sensorielle	24	8	16	21	6	2,8	15	3,2	3	2	1	1	0,2	0	0	0	0	0
Urinaire	17	10	7	6	4	1,9	2	0,4	8	4	2	4	0,8	3	2	1,6	1	0,3
Syphilitique	12	4	8	8	4	1,9	4	0,9	4	0	0	4	0,8	0	0	0	0	0
Sanguine	10	3	7	3	1	0,5	2	0,4	6	2	1	4	0,8	1	0	0	1	0,3
Coma	9	4	5	0	0	0	0	0	2	1	0,5	1	0,2	7	3	2,4	4	1,2
	1842	546	1296	678	211	99,9	467	100,1	722	210	99,9	512	89,9	442	125	100,0	317	99,9

CONCLUSIONS

Le plus grand nombre des affections peut être rassemblé en vastes regroupements pathologiques. De l'étude de ces derniers, nous pouvons tirer, en manière de conclusion, le comportement de chaque sexe en ce qui concerne la pathologie ; les chiffres sont rassemblés dans le tableau LXVIII.

. Chez les hommes, à l'entrée, la pathologie mentale rassemble un peu plus du cinquième des affections (21,8%) ; la pathologie cardiovasculaire est à peine moins importante (19,4%), les affections respiratoires représentent 15,6% ; les pathologies vasculaires neurologique et locomotrice, enfin, ne dépassent guère 12% chacune.

Durant le séjour, la pathologie cardiovasculaire prédomine avec près du tiers des affections (30,5%) ; en seconde place, mais très loin derrière, arrive la pathologie respiratoire (16,6%) ; le marasme biologique groupe 12,8% et la pathologie mentale 11,4% ; la pathologie vasculaire neurologique, 7,6%.

Au décès, les pathologies respiratoire et vasculaire neurologique représentent près du quart des affections (23,2 et 22,4% respectivement) ; la pathologie cardiovasculaire

rassemble le cinquième des affections (20,8%) ; le marasme biologique représente 15,2% et la pathologie néoplasique 8,8%.

. Chez les femmes, la répartition de la pathologie est très différente. A l'entrée, la pathologie mentale est nettement plus importante et représente 29,8% ; la pathologie cardiovasculaire a la même proportion que chez les hommes (21,2%) ; la pathologie locomotrice est beaucoup plus importante et groupe le sixième des affections (16,1%) ; par contre, la pathologie respiratoire est deux fois moindre que chez les hommes (8,4%) ; la pathologie vasculaire neurologique est également réduite (9,6%).

Pendant le séjour, le marasme biologique groupe 24,2% des affections, avec une importance double de chez les hommes ; la pathologie respiratoire, également beaucoup plus marquée, suit de près avec 22,1% ; l'importance des affections cardiovasculaires est réduite, moins de la moitié du pourcentage observé chez les hommes ; 12,5% ; la pathologie mentale est équivalente (32,1%) et la pathologie vasculaire neurologique un peu plus importante que chez les hommes.

Au décès, la pathologie cardiovasculaire vient en tête, avec 8% de plus que chez les hommes (28,1%) ; la pathologie vasculaire neurologique suit de près et est à peine plus importante que chez les hommes (25,2%) ; les affections respiratoires sont un peu moins marquées (19,9%) et le marasme un peu plus (18%) ; la pathologie néoplasique, enfin, est très inférieure à celle des hommes (2,2%).

Enfin, un certain nombre de points appellent une conclusion :

. Le marasme biologique présente une certaine importance à l'entrée. 14 sujets, nécessitant des soins extrêmement importants, ont même été adressés, avec un état général des plus précaires, 5 par un praticien - ce qui indique dans quelles conditions peuvent arriver à vivre certains vieillards - 9 par un service de médecine, malgré la gravité du tableau clinique.

De très nombreux pensionnaires de l'hospice - le cinquième de la population, en s'en tenant aux seuls cas typiques - sont entrés porteurs d'une affection évolutive, souvent aiguë, relevant de soins spécialisés de niveau hospitalier ; par exemple :

- 14 troubles graves du rythme cardiaque,
 - 17 infections respiratoires aiguës,
 - 20 psychoses séniles,
 - 13 confusions mentales,
 - 4 syndromes dépressifs,
 - 4 comas ou troubles de la conscience d'origine vasculaire
 - 2 cirrhoses hépatiques,
- etc...

Il apparaît ainsi nettement, que très souvent, l'hospice est amené à jouer le rôle d'un hôpital, sans en posséder le personnel ni l'équipement. Les délais d'admission

- plusieurs mois habituellement - ne constituent , paradoxalement, pas une protection à cet égard : ou bien, en effet, la pathologie est méconnue, ou bien le sujet est envoyé à l'hospice malgré la scène clinique afin de ne pas perdre la place longtemps attendue.

. Les principales affections relevées à l'entrée (en dehors des cas que nous venons d'envisager) affrent une caractéristique commune : leur pronostic vital est relativement bon, leur pronostic social mauvais ; elles compromettent la vie solitaire en réduisant considérablement, et de plus en plus, l'autonomie du sujet. Il en est ainsi de l'insuffisance respiratoire chronique, de la pathologie locomotrice - en particulier coxarthrose et rhumatismes chroniques divers, auxquels il convient de joindre les séquelles motrices d'hémiplégie - qui entravent les déplacements du vieillard et finissent par le confiner dans sa chambre, de la détérioration mentale, des atteintes sensorielles, des aphasies qui tendent à retrancher le vieillard de l'ambiance.

Bref, la pathologie observée lors de l'entrée à l'hospice doit être considérée essentiellement sous l'aspect d'une pathologie de la vie de relation, réduisant la prise qu'a le sujet sur le monde, amenuisant la communication avec autrui, conduisant à une véritable aliénation du vieillard. Cette atteinte est favorisée par des conditions économiques presque toujours précaires et qui constituent en elles-mêmes un facteur d'isolement.

CHAPITRE DEUXIEME

ETUDE ANALYTIQUE

Dans ce chapitre, nous allons d'abord envisager certains aspects statistiques de la pathologie : à l'entrée, pendant le séjour, au décès. Nous étudierons ensuite le comportement - en particulier en ce qui concerne la pathologie - de certains groupes au sein de la population de l'hospice.

ASPECTS STATISTIQUES

A - Données générales.

450 sujets, décédés à 60 ans et plus, se partagent 2070 affections relevées de leur entrée à leur décès ; on peut calculer un "indice général de pathologie" que définit le nombre d'affections par sujet, soit 4,6. Il est beaucoup moins significatif que celui qui peut être établi pour chacun des trois moments de l'histoire clinique que nous avons choisis pour notre analyse.

Selon le sexe :

124 hommes	609 affections	29,4 %	indice 4,8
326 femmes	1461 "	70,6 %	" 4,5
450	2070	100 %	

Près d'un quart des sujets (23,8 %) est dépourvu de pathologie à un moment quelconque de son histoire, soit que ces pensionnaires n'en aient effectivement présenté aucune - ce qui ne peut se produire qu'à l'entrée ou pendant le séjour - soit que leur dossier ne porte aucune précision :

21 hommes - soit 16,9 % des hommes, et

115 femmes - soit 35,3 % des femmes,

sont dans ce cas.

En écartant ces 107 sujets, il est possible d'obtenir de nouveaux indices de pathologie :

- indice général 6,5

- indice masculin 5,8

- indice féminin 6,9

B - A l'entrée.

1) 759 affections notées : indice 1,7

32 sujets (4 hommes et 28 femmes) en sont dépourvus ; l'indice est de 1,8 pour les 418 autres.

2) Selon le sexe :

120 hommes	231 affections	30,4 %	indice 1,8
298 femmes	528 "	69,6 %	" 1,7
—	—	—	—
418	759	100 %	

3) Répartition des pathologies selon leur nombre par sujet :

	<u>hom.</u>	<u>%</u>	<u>fem.</u>	<u>%</u>	<u>total</u>	<u>%</u>
- sans pathologie	4	3,2	28	8,6	32	7,1
- 1 "	45	34,7	129	39	174	38,7
- 2 "	46	37,9	121	37,4	167	37,1
- 3 "	22	18,5	35	11	57	12,7
- 4 "	7	5,6	13	4	20	4,4
	124	99,9	326	100,0	450	100,0

Quelques différences apparaissent : chez les femmes, les sujets dépourvus de pathologie ou n'en présentant qu'une, tout en proportion plus importante que chez les hommes ; c'est l'inverse pour les porteurs de trois affections.

4) Répartition selon l'aspect évolutif :

	<u>hom.</u>	<u>%</u>	<u>fem.</u>	<u>%</u>	<u>total</u>	<u>%</u>
- évolution aiguë	28	23,3	73	24,5	101	24,2
- " chronique	83	69,2	179	60,1	262	62,7
- " récidivante	6	5	35	11,7	41	9,8
- " non précisée	3	2,5	11	3,7	14	3,3
	120	100,0	298	100,0	418	100,0

L'aspect chronique est plus marqué chez les hommes, l'aspect récidivant plus accentué chez les femmes.

5) L'étude de la durée de séjour en fonction du

nombre de pathologies d'une part, de l'allure évolutive d'autre part, n'apporte rien de significatif. Chacune des trois données apparaît indépendante des deux autres.

6) Près de la moitié des affections (370 soit 48,6 % - 759 = 100) est représentée par 10 pathologies seulement (cf. tableau LXVI).

7) En ce qui concerne les sujets ne présentant pas d'état pathologique à leur entrée à l'hospice, un certain nombre d'éléments sont à préciser :

- modalité d'admission : envoyés par

médecin praticien : 2

famille : 1

service de médecine : 4

hôpital psychiatrique : 1

maison de retraite : 1

sans précision : 23

32

(4 hommes et 28 femmes)

- âge moyen d'entrée : 66 ans 5 mois ; 5 entrées se sont produites avant 60 ans ; une à 99 ans.

C - Pendant le séjour.

1) 810 affections relevées : indice 1,8

39 sujets (8 hommes et 31 femmes) sont sans

pathologie ; pour 411 restants, l'indice est de 2.

2) Selon le sexe :

116 hommes	230 affections	28,2 %	indice 2
295 femmes	580 "	71,8 %	" 2
—	—	—	—
411	810	100,0 %	

Le comportement des deux populations apparaît identique.

3) Répartition des pathologies selon leur nombre par sujet :

	<u>homm.</u>	<u>%</u>	<u>femm.</u>	<u>%</u>	<u>total</u>	<u>%</u>
-- sans pathologie	8	6,5	31	9,5	39	8,7
- 1 "	44	35,5	138	42,3	182	40,4
- 2 "	41	33,1	64	19,6	105	23,3
- 3 "	20	16,1	58	17,8	78	17,3
- 4 "	11	8,9	35	10,7	46	10,2
	—	—	—	—	—	—
	124	100,0	326	99,9	450	99,9

Les sujets sans pathologie sont en plus faible proportion chez les hommes, mais l'écart est moins marqué qu'à l'entrée ; les sujets présentant une affection sont nettement plus nombreux chez les femmes ; c'est l'inverse pour les sujets ayant deux pathologies. Pour l'ensemble des vieillards, les sujets ayant une pathologie sont un peu plus nom-

breux qu'à l'entrée, ceux ayant trois ou quatre pathologies ont davantage augmenté, ceux en ayant deux ont diminué de plus du tiers.

4) Répartition selon l'aspect évolutif :

	<u>homm.</u>	<u>%</u>	<u>femm.</u>	<u>%</u>	<u>total</u>	<u>%</u>
- évolution aiguë	35	30,2	71	24,1	106	25,8
- " chronique	74	63,8	183	62	257	62,5
- " récidivante	7	6	34	11,5	41	10
- " non précisée	0	-	7	2,4	7	1,7
	116	100,0	295	100,0	411	100,0

La répartition est la même qu'à l'entrée, l'aspect chronique est trouvé dans plus des deux cinquièmes des affections ; il faut noter toutefois que chez les hommes, l'aspect aigu est plus souvent noté qu'à l'entrée, aux dépens de l'aspect chronique.

5) Un peu plus du tiers des affections (293 soit 36,1 % - $810 = 100$) dépend de 12 pathologies prépondérantes (cf. tableau LXVI).

6) Les 32 sujets dépourvus de pathologie d'entrée ont une durée moyenne de séjour de 14 ans.

- Nombre de pathologies au séjour :

• Sans pathologie	5	(1 homme - 4 femmes)
• 1 "	9	
• 2 "	5	

• 3 pathologies 10

• 4 " 3

- Aspect évolutif.

• Aigu 3

• Chronique 23

• Récidivant 1

- Principales affections observées :

• Détérioration mentale 8

• Insuffisance respiratoire chronique 5

• Infection respiratoire aiguë 3

• Défaillance cardiaque 3

• Rhumatisme chronique 3

• Troubles digestifs 3

• Dénutrition 3

• Hémiplegie 2

Les seuls éléments notables chez les sujets sans pathologie à l'entrée sont la longueur du séjour, l'importance des polypathologies (triples en particulier) ; la nature des affections notées ne diffère pas de celle de l'ensemble de la population.

7) Le cas des vieillards dépourvus de pathologie durant leur séjour à l'hospice doit être envisagé :

39 sujets sont dans cette situation : 8 hommes et 31 femmes ; 5 d'entre eux (1 homme et 4 femmes) font également par-

tie de l'effectif sans pathologie d'entrée.

- Modalité d'admission : envoyés par :

• médecin praticien	8
• famille	3
• service de chirurgie	3
• service de médecine	13
• maison de retraite	1
• divers	1
• sans précision	10

- Age moyen d'entrée : 81 ans - durée moyenne de séjour :
2 ans.

- Pathologie d'entrée :

Répartition selon le nombre :

• sans pathologie	5
• 1 "	18
• 2 "	12
• 3 "	4
• 4 "	0

Ces 34 pathologies d'entrée sont toutes d'évolution
chronique.

- Principales affections observées :

• Psychose sénile	6
• Détérioration mentale	5
• Hypertension artérielle	5

• Confusion mentale	3
• Rhumatisme chronique	3
• Arythmie complète simple	3

Cette étude n'apporte pas de donnée bien nouvelle ; l'âge moyen d'entrée est de plusieurs années plus élevé que pour l'ensemble des vieillards ; les affections relevées à l'entrée chez ces sujets, dont les modalités d'admission sont semblables à celles des autres pensionnaires, sont toutes chroniques et même d'évolution lente et peu spectaculaire ; c'est ce qui explique que le séjour de ces sujets - en moyenne de 1 an et demi plus bref que le séjour moyen général - ne soit illustré d'aucune péripétie clinique et se déroule sans intervention médicale.

D - Au Décès.

1) 501 affections relevées : indice 1,1

65 décès (9 hommes et 56 femmes) demeurant sans précision ; l'indice des 385 restants est de 1,3.

2) Selon le sexe :

115 hommes	148 affections	29,5 %	indice 1,3
270 femmes	353 affections	70,5 %	indice 1,3
385	501	100,0 %	

Le comportement des deux sexes apparaît semblable.

3) Répartition des pathologies selon leur nombre

par sujet :

	<u>hom.</u>	<u>%</u>	<u>fem.</u>	<u>%</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
- sans précision	9	7,3	56	17,2	65	14,4
- 1 pathologie	85	68,5	194	59,5	279	62
- 2 "	27	21,8	69	21,2	96	21,3
- 3 "	3	2,4	7	2,1	10	2,2
	124	100,0	326	100,0	450	99,9

Les décès pour lesquels une seule affection a été retenue comme cause représentent les trois cinquièmes ; dans un cinquième des cas, deux affections ont été relevées. Chez les femmes, la proportion des décès dont la cause reste inconnue est deux fois plus élevée que chez les hommes, aux dépens des causes uniques (°).

4) Plus de la moitié des causes de décès (265 soit 52,9 % - $501 = 100$) est représentée par 11 affections principales (cf. tableau LXVI).

5) Les 32 sujets dépourvus de pathologie d'entrée ont un âge moyen de décès de 80 ans.

6 de ces décès sont sans cause précisée.

Parmi les affections retenues comme cause des autres décès, on peut noter :

(°) Nous reviendrons sur ces décès groupés sous le code "142 - mort inconnue".

- § 3 comas apoplectiques avec gros troubles végétatifs ;
- 4 états de marasme ;
- 2 insuffisances cardiaques globales, 1 I.V.D. ;
- 1 collapsus ;
- 3 gripes
- 2 néoplasmes ;
- 1 fracture du col du fémur ;
- 4 morts subites ;
- 1 "syndrome de Fontenelle" .

Il n'y a rien là de très particulier.

6) Les 39 sujets sans pathologie de séjour ont un âge moyen de décès de 83 ans.

18 de ces décès ne comportent aucune prévision de cause.

Parmi les causes des autres décès, on note :

- 3 causes apoplectiques,
- 2 gripes,
- 3 insuffisances cardiaques, 1 IVD, 1 collapsus ,
- 1 accident thérapeutique (coma barbiturique),
- 1 "syndrome de Fontenelle",
- 5 morts subites.

7) Cas des décès dont les causes ne sont pas précisées (mort inconnue). Il s'agit de décès pour lesquels le dossier médical porte la mention de la mort, sans fournir l'indication d'une cause ou la description de l'évènement.

65 sujets sont dans ce cas, 9 hommes et 56 femmes ; la proportion masculine - moins du septième - est très inférieure à celle des hommes dans la population totale. Ce n'est d'ailleurs pas la seule différence :

- les moyennes d'âge d'entrée et de décès sont nettement plus élevées que pour l'ensemble des vieillards, tandis que le séjour moyen est d'une année plus bref :

	<u>"Mort inconnue"</u>			<u>Population totale</u>		
	<u>Total</u>	<u>Hommes</u>	<u>Femmes</u>	<u>Total</u>	<u>Hommes</u>	<u>Femmes</u>
âge moyen d'entrée	79 ans	75 ans	80 ans	74 ans	71 ans	77 ans
âge moyen de décès	81 "1/2	77 "	82 "	78 "	75 "	81 "
durée moyenne de séjour (°)	2 "1/2	2 "1/4	2 "1/2	3 "1/2	3 "1/2	3 "1/2

- la proportion des sujets adressés par un médecin praticien est très supérieure à celle notée pour la population totale : 1/4 contre moins de 1/5 ; l'importance des admissions sans précision est également plus grande : 1/4 contre moins de 1/5 ; la proportion des transferts depuis un service hospitalier n'a pas varié : ainsi 1/3 dans le cas d'un service de médecine.

- à l'entrée, 5 femmes sont sans pathologie ; l'indice de pathologie est plus faible que pour l'ensemble de la population : 1/4 et 1,6 pour les hommes ; 1/3 pour les femmes.

(°) La durée moyenne de séjour est établie à partir des durées en demi-mois de chaque sujet : cette précision explique qu'elle ne soit pas forcément égale à la différence des âges moyens calculés à partir de chiffres arrondis à l'année.

58 aspects évolutifs sur 60 sont chroniques :
les affections relevées à l'entrée sont lentes et d'assez
bon pronostic vital, par exemple :

• détérioration intellectuelle	14
• confusion mentale	5
• psychose sénile	4
• état pseudobulbaire	4
• rhumatismes chroniques 4, arthrose	2
• hypertension artérielle	6
• séquelles d'hémiplégie	3
• cataracte : 3, surdité : 1, cécité : 2	
• sociopathie	5

- au cours du séjour, 19 sujets ne présentent pas
de pathologie : 1 homme et 18 femmes, dont 1 n'a pas de patho-
logie d'entrée ; l'indice de pathologie, pour le reste des
morts inconnues est de 1,6 - 2,4 pour les hommes et 1,4 pour
les femmes, c'est à dire en moyenne inférieur à l'indice de
la population totale.

L'aspect évolutif est en majorité chronique
(36 sur 46), l'aspect aigu ne représente que 1/7 des éven-
tualités, au lieu de 1/4 pour l'ensemble des vieillards,
durant le séjour. Les affections rencontrées sont des plus
diverses, par exemple :

• baisse de l'état général	7
• marasme, gâtisme	3
• escarres	2

• grippe	2
• pneumopathie aigüe	2
• Parkinson	3
• détérioration mentale	6
• insuffisance cardiaque	5
• troubles du rythme cardiaque	3
• néoplasme	4

E - Conclusions.

1) Les comportements des deux sexes en ce qui concerne la pathologie sont voisins l'un de l'autre.

La densité de pathologie - c'est à dire le nombre moyen de pathologies par sujet, exprimé par un indice - est un peu plus élevée durant le séjour que lors du bilan d'entrée ; elle est nettement plus faible au décès.

Les polypathologies sont majoritaires à l'entrée et pendant le séjour ; leur prépondérance est plus accentuée chez les hommes : 34,7 % de ceux-ci à l'entrée et 35,5 % au séjour ne sont porteurs que d'une affection contre, respectivement 39 % et 42,3 % des femmes. Au décès, les pathologies isolées l'emportent et, compte tenu des "morts inconnues", les deux tiers ou les trois cinquièmes de chaque sexe n'ont qu'une cause de décès retenue.

L'aspect évolutif de la pathologie est très voisin à l'entrée et pendant le séjour ; un quart d'évolution aigüe, plus des trois cinquièmes d'évolution chronique ; il faut noter

toutefois un taux un peu plus élevé d'aspect aigu chez les hommes durant le séjour ; l'aspect récidivant demeure peu important, excepté peut-être chez les femmes au cours du séjour (11 %).

2) Cas des sujets sans pathologie.

Près du quart des sujets (23,8 %) sont dépourvus de pathologie à un moment ou à un autre : 107 vieillards, 19 hommes et 87 femmes ; les hommes sont, dans ce cas, en proportion très inférieure à celle qu'ils ont dans la population totale (16,8 % au lieu de 27,5 %).

- 32 dossiers ne portent aucune mention de pathologie d'entrée (4 hommes, 28 femmes) ; leur âge moyen d'entrée est très inférieur à celui de l'ensemble de la population (en particulier celui de la population féminine que nous prenons ici comme référence puisque les 7/8 de ces 32 sujets sont des femmes), leur âge de décès identique, leur durée de séjour quatre fois plus longue. On ne possède aucun renseignement sur les modalités d'admission des 3/4 d'entre eux. Les affections observées chez ces sujets durant le séjour ou au décès ne diffèrent pas de celles des autres, avec une prédominance des polypathologies. Chez 4 de ces sujets, les premières indications sur l'état pathologique n'apparaissent que lors du décès ; chez 5 autres, le séjour est précisé du point de vue clinique, mais non le décès ; 1 femme reste entièrement sans précision.

Nous pouvons admettre que, pour la plupart de ces vieillards, dont le décès présente les caractéristiques d'âge et de pathologie de l'ensemble des décès de l'hospice, l'entrée et l'adaptation se sont effectuées sans incident rendant nécessaire une intervention médicale ; la longue durée du séjour traduit la bonne adaptation - sur les plans somatique et psychique - à l'hospice des sujets dépourvus de pathologie (marquante tout au moins) à leur entrée.

- 39 dossiers (8 hommes et 31 femmes) sont sans indication de pathologie de séjour ; 34 d'entre eux possèdent un bilan pathologique d'entrée. En prenant toujours comme référence la population féminine globale, étant donné que les 4/5 des sujets concernés sont des femmes, l'âge moyen d'entrée de ces vieillards est de 4 ans plus élevé (81 ans), l'âge moyen de décès de 2 ans supérieur seulement, leur durée de séjour étant de 1 an 1/2 plus courte. Les modalités d'admission n'offrent rien de particulier, les affections relevées à l'entrée sont courantes mais la plupart ont une évolution lente qui passe pour ainsi dire inaperçue. La moitié de ces 34 décès survient sans épisode marquant donnant matière à description.

Bref, après un bilan d'admission qui met en évidence, chez de grands vieillards, une pathologie chronique peu évolutive, le séjour s'écoule sans incident et sans élément nouveau, et, pour la moitié d'entre eux, le décès se produit, à un âge avancé, presque subrepticement, sans qu'une pathogénie ou simplement

une sémiologie puissent être retenues.

- 65 dossiers ne mentionnent aucune cause de décès ; il convient d'en retirer les 18 dossiers sans pathologie de séjour que nous venons d'envisager et celui d'une femme ne portant, de l'entrée au décès, aucune indication de pathologie. L'âge moyen d'entrée (nous prenons toujours comme référence la population féminine car 1/6 seulement de ces sujets sont des hommes) est de 3 ans supérieur, l'âge moyen de décès de 1 an supérieur, avec une durée moyenne de séjour de 1 an plus courte. Les envois par un médecin praticien sont en proportion supérieure à ce qui s'observe dans la population globale. La pathologie relevée à l'entrée ou pendant le séjour n'offre rien de particulier, hormis un aspect évolutif avant tout chronique.

L'existence de caractéristiques d'âges et de durée de séjour propres aux vieillards sans cause de décès retenue (et ceci vaut également dans le cas des sujets sans pathologie de séjour) montre qu'il ne s'agit pas d'une lacune purement fortuite et graphique mais que cette absence d'indication pathologique représente un élément important de la phénoménologie du décès de nombre de grands vieillards depuis relativement peu à l'hospice.

ASPECTS PARTICULIERS

Nous allons envisager un certain nombre de groupes de vieillards de l'hospice, groupes définis par une caractéristique commune.

A - Morts subites.

33 sujets, soit 7,3 % de l'ensemble des décès, sont décédés de mort subite : 13 hommes et 20 femmes. Il n'existe pas de définition classique de la mort subite ; nous entendons par "mort subite", le décès brutal et imprévisible.

Les hommes en sont davantage victimes que les femmes : leur proportion de 2/5 est très supérieure à celle de 1/4 qu'ils ont dans la population totale.

1) Age d'entrée :

- minimum : 37 ans, observé chez un homme.
- maximum : 92 ans, observé chez une femme.
- moyen : population totale 75 ans 1/2
hommes 71 ans
femmes 79 ans.

Rappelons les chiffres de l'ensemble de l'enquête :

- population totale : 74 ans 4 mois,
- hommes : 71 ans,
- femmes : 77 ans.

2) Age de décès :

- minimum : 63 ans, observé chez un homme.
- maximum : 92 ans, observé chez une femme.
- moyen : population totale: 79 ans 1/2
 - hommes : 75 ans
 - femmes : 82 ans

Ensemble de l'enquête :

- population totale : 78 ans,
- hommes : 74 ans 1/2
- femmes : 81 ans.

3) Durée moyenne de séjour :

- minima : quelques jours, observée chez une femme.
- maxima : 29 ans, observée chez une femme.
- moyenne : population totale : 4 ans
 - hommes : 4 ans 1/2
 - femmes : 3 ans 1/2

Ensemble de l'enquête :

- population totale : 3 ans 1/2
- hommes : 3 ans 3 mois
- femmes : 3 ans 7 mois.

4) Modalité d'admission :

envoyé par : - 343 -

	<u>hommes</u>	<u>femmes</u>	<u>total</u>
- praticien	1	3	4
- famille	1	1	2
- chirurgie	1	3	4
- médecine	4	7	11
- hôpital psy- chiatrique	1	0	1
- maison de re- traite	3	3	6
- sans précision	2	3	5
	—	—	—
Total	13	20	33

La seule différence significative avec l'ensemble de la population (cf. tableau XLIX) réside dans l'importance des transferts depuis une maison de retraite, trois fois plus nombreux dans le cas des vieillards morts subitement.

5) Pathologie d'entrée :

- indice : pour l'ensemble 1,7 ; il est identique pour les deux sexes ; il n'existe aucune différence avec la totalité des décès.

2 hommes et 2 femmes n'ont pas de pathologie d'entrée.

- aspect évolutif :

	<u>hommes</u>	<u>femmes</u>	<u>total</u>
. aigu	0	0	0
. chronique	10	16	26
. récidivant	1	2	3
	—	—	—
	11	18	29

On note l'absence d'affection aiguë à l'entrée.

- les pathologies relevées n'offrent rien de particulier dans leur type clinique ; mais on note l'importance de la pathologie locomotrice ; les principales affections notées sont :

- locomotrices : 17 ; 10 hommes, 7 femmes dont 4 rhumatismes chroniques et 2 PCE.
- mentales : 10 ; 2 hommes, 8 femmes, dont 5 détériorations mentales.
- cardiovasculaires : 7 ; 5 hommes, 2 femmes, dont 4 HTA et 2 artérites des membres inférieurs.
- respiratoires : 6 ; 3 hommes, 3 femmes, dont 2 tuberculoses.

On relève encore 2 diabètes, 1 cancer de la peau. et 1 de la prostate, 1 comitialité essentielle et 1 tabès avec arthropathie.

6) Pathologie de séjour :

- indice : pour l'ensemble : 1,4 ; hommes 1,5 ; femmes 1,3 ; il est nettement inférieur à l'indice (2) relevé pour la totalité des décès.

2 hommes et 4 femmes ne présentent pas de pathologie de séjour.

- aspect évolutif :

	<u>hommes</u>	<u>femmes</u>	<u>total</u>
• aigu	4	6	10
• chronique	7	9	16
• récidivant	1	1	2
	12	16	28

- la fréquence des affections observées durant le séjour est différente de celle constatée dans la population totale : la pathologie cardiovasculaire arrive en tête, le marasme biologique n'a qu'une importance réduite.

- affections cardiovasculaires : 12 ; 5 hommes, 7 femmes
dont 4 insuffisances cardiaques globales,
3 HTA, 1 infarctus du myocarde.
- affections respiratoires : 8 ; 5 hommes, 3 femmes,
dont 3 pneumopathies grippales.

On note encore 1 ictus avec hémiplegie, 1 fracture du col du fémur, 1 syndrome dépressif, 1 syndrome occlusif, 1 "crises convulsives" et 4 états de marasme.

7) Pathologie de décès :

28 décès sont survenus de façon subite, sur un fond pathologique chronique, parfois grave mais ne laissant pas prévoir une issue fatale aussi précoce et brutale.

5 décès se sont produits inopinément au cours d'affections aiguës :

- 2 hommes : 2 gripes
- 3 femmes : 1 pneumopathie aiguë, 1 ictus, 1 infarctus du myocarde.

En raison des difficultés matérielles que nous avons déjà signalées, aucun de ces sujets n'a fait l'objet d'une vérification anatomique.

8) Conclusion :

7,3 % des décès prennent l'allure de la mort subite, davantage chez les hommes que chez les femmes. Les vieillards ainsi décédés offrent des caractéristiques qui les distinguent de l'ensemble des pensionnaires morts à l'hospice.

B - Sujets adressés par un médecin praticien ou par la famille.

82 sujets, 14 hommes et 68 femmes, ont été adressés à l'hospice par un médecin praticien. 13 sujets, 4 hommes et 9 femmes, ont été adressés par leur famille.

Les tableaux LXIX et LXX rassemblent toutes les données concernant ces pensionnaires et rappellent celles concernant l'ensemble des décès.

Le cas des hommes adressés à la Charité par leur entourage familial doit être examiné à part, en raison du faible effectif et de l'absence de valeur d'une moyenne en pareil cas :

. Un vieillard, entré à 68 ans, avec une insuffisance respiratoire chronique, une insuffisance cardiaque droite, sur un contexte social précaire, a présenté, durant son séjour, des troubles du rythme cardiaque, tandis qu'un épisode de rétention urinaire faisait découvrir un cancer de la prostate, et est décédé, 1 an après cette découverte, sans cause précise retenue, à 70 ans, après être demeuré près de 3 ans à l'hospice.

. Les trois autres sont morts entre 15 et 30 jours après leur admission :

TABIEAU LXIX

SUJETS ADRESSES PAR LE PRATICIEN OU LA FAMILLE
Comparaisons avec l'ensemble des décès

	FAMILLE (13)		PRATICIEN (82)		ENSEMBLE DES DECES (450)	
	HOMMES (4)	FEMMES (9)	HOMMES (14)	FEMMES (68)	HOMMES (124)	FEMMES (326)
Age moyen d'entrée	72 ans	74 ans	79 ans	80 ans	71 ans	77 ans
Age moyen de décès	72ans1/2	82 ans	80 ans	82 ans	74ans1/2	81 ans
Durée moyenne de séjour	5 mois	8 ans	1 an	2ans1/2	3ans3mois	3ans1/2
Nombre de pathologie	0	1	0	2	4 3,2%	28 8,6%
à l'entrée	2	5	4	30	45 34,7%	129 39 %
	0	3	8	27	46 37,9%	121 37,4%
	2	0	1	9	22 18,5%	35 11 %
	0	0	1	0	7 5,6%	13 4 %
Indice	(°)	(°)	(1,9)	1,6	1,8	1,7
Aspect évolutif aigu	0	1	1	2	28 23,3%	73 24,5%
" chronique	4	7	13	63	83 69,2%	179 60,1%
" récidivant	0	0	0	1	6 5 %	35 11,7%
" (°°)non précisé	0	0	0	0	3 2,5%	11 3,7%

(°) Effectifs trop réduits pour permettre un calcul d'indice.
(°°) Les "sans-pathologie" en sont enlevés.

TABEAU LXX

SUJETS ADRESSES PAR LE PRATICIEN OU LA FAMILLE
Comparaisons avec l'ensemble des décès

	FAMILLE (13)		PRATICIEN (82)		ENSEMBLE DES DECES (450)	
	HOMMES (4)	FEMMES (9)	HOMMES (14)	FEMMES (68)	HOMMES (124)	FEMMES (326)
Nombre de pathologie	0	2	0	7	8	31
au séjour	1	3	8	32	44	138
	2	0	2	14	41	64
	3	3	3	11	20	58
	4	1	1	4	11	35
Indice	(°)	(°)	(1,6)	1,8	2	2
Aspect évolutif aigu	0	2	4	13	35	71
" chronique	3	4	9	46	74	183
" récidivant	0	1	0	2	7	34
" (°°) non précisé	0	0	0	0	0	7

(°) Effectifs trop réduits pour permettre un calcul d'indice.

(°°) Les "sans-pathologie" en sont enlevés.

- 1° : 77 ans, ostéose pagétoïde à l'entrée ; mort subite 18 jours plus tard.
- 2° : 60 ans, cirrhose alcoolique en décompensation ascitique à l'entrée ; aggravation rapide et mort en coma hépatique 24 jours après l'entrée.
- 3° : 83 ans, bronchite chronique avec défaillance cardiaque et cataracte à l'entrée ; décès par suicide 20 jours plus tard.

Nous allons examiner les données concernant les autres sujets adressés par leur famille ou par un médecin.

1) Age d'entrée.

Il est inférieur, en moyenne, à celui de l'ensemble de la population décédée, dans le cas des femmes adressées par leur famille ; il est supérieur à la moyenne générale dans le cas des sujets des deux sexes adressés par un praticien : de 8 ans chez les hommes, de 3 ans chez les femmes.

2) Age de décès.

L'âge moyen de décès est supérieur à celui de l'ensemble : de 1 an dans le cas des femmes adressées par leur famille ou leur médecin, de 5 ans 1/2 dans le cas des hommes adressés par leur médecin.

3) Durée de séjour.

Elle est supérieure à la moyenne générale

chez les femmes adressées par leur famille ; elle est inférieure, de plus de 2 ans chez les hommes adressés par le médecin, de 1 an chez les femmes adressées par le médecin.

4) Pathologie d'entrée.

Trois faits sont à noter :

- l'absence presque complète de sujets dépourvus de pathologie à l'entrée : 2/82 (adressés par un praticien), soit 2,4 % au lieu de 7,1 % pour l'ensemble des décès.

- la prédominance massive des pathologies chroniques : 3/80 (adressés par un praticien), 95 % au lieu de 62,7 % pour l'ensemble.

- la prédominance des affections à retentissement social immédiat et grave, surtout mentales et neurologiques : près des quatre cinquièmes, au lieu d'environ la moitié, pour l'ensemble des décès (l'autre moitié de ceux-ci groupe des affections à retentissement social secondaire et plus progressif) : 38 des 88 vieillards adressés par un praticien ou une famille avec une pathologie d'entrée, présentaient une atteinte mentale importante : état confusionnel, détérioration grave ou état démentiel, avec troubles du comportement, parfois sur un fond vasculaire cérébral (avec état pseudobulbaire, ictus à répétition, déficit moteur et phasique), psychose sénile ; 6 présentaient une hémiparésie ou plégie avec déficit intellectuel modéré, 2 un syndrome parkinsonien, 4 une paraplégie avec troubles sphinctériens ; 5 étaient grabataires et gâteux.

On peut relever encore 2 alcooliques plus ou moins détériorés et 12 sociopathies.

5) Pathologie de séjour.

Les répartitions des pathologies selon leur nombre et selon leur aspect évolutif sont tout à fait comparables à celles de l'ensemble des vieillards.

Les types cliniques sont ceux qu'on observe habituellement à l'hospice (marasme biologique, ictus, infection respiratoire, insuffisance cardiaque ... etc...) sur un fond de désagrégation intellectuelle dont la fréquence caractérise cette catégorie de pensionnaires.

6) Pathologie de décès.

Les affections cardiovasculaires et le marasme biologique sont au premier rang des causes de décès ; la pathologie respiratoire vient ensuite ; la pathologie vasculaire neurologique est beaucoup moins importante que dans l'ensemble des décès : 26 sujets sont décédés dans un tableau d'insuffisance cardiaque , 18 dans un tableau de marasme, 14 d'atteinte respiratoire (pneumopathie grippale surtout), 9 en coma vasculaire ; on note encore 6 morts subites, 1 coma hépatique, 1 coma diabétique.

7) Conclusions.

Un peu plus du cinquième des pensionnaires de l'hospice (21,1 %) provient directement du milieu extérieur ;

la plupart sont adressés par un médecin praticien, le plus souvent sollicité par l'entourage, quelques uns sont directement adressés par leur famille.

Ces vieillards entrent à l'hospice plus tard, en moyenne, que ceux transférés depuis un établissement hospitalier - excepté les sujets adressés par leur famille, leur effectif réduit ne permettant pas de tirer des conclusions. Ils décèdent plus âgés, de plusieurs années, que l'ensemble des pensionnaires mais après un séjour écourté (des 2/3 chez les hommes, de 1/3 chez les femmes).

Pratiquement tous, ils sont admis avec une pathologie chronique s'accompagnant d'une détérioration sociale massive, ce qui ne représente que le grossissement d'une caractéristique notée pour l'ensemble des entrées, avant tout atteinte mentale ou vasculaire neurologique.

Leur séjour n'offre rien de particulier, ils décèdent d'insuffisance cardiaque, de marasme biologique ou encore d'infection respiratoire. Leur histoire clinique est peu spectaculaire, c'est celle d'une lente désagrégation d'abord sociale et mentale puis somatique.

C - Sujets décédés à 6 mois de séjour ou moins.

Près du tiers de la population décédée (142 vieillards : $31\% - 450 = 100$) se trouvait à la Charité depuis six mois ou moins lorsque survint son décès.

La proportion masculine y est beaucoup plus élevée

que dans l'ensemble de l'enquête :

-- 56 hommes soit 40 %

-- 86 femmes soit 60 %

142 total 100 %

1) Age à l'entrée, au décès.

Pour la plupart de ces sujets, étant donné la brièveté de leur séjour, l'âge à l'entrée est le même qu'au décès. Ainsi n'avons-nous retenu dans cette partie de notre travail, que l'âge au décès.

Le tableau LXXI fournit la répartition par classes d'âge et par sexe. Cette répartition est très voisine de celle observée dans l'ensemble de la population (2 % de plus à 75-79 ans ; 3 % de moins à 85-89 ans) ; la classe d'âge la plus importante est 80-84 ans, rassemblant 28,2 % des sujets ; les deux tiers de l'effectif sont morts entre 75 et 90 ans (65,5 %).

Cette répartition est pratiquement identique dans les deux sexes.

2) Durée de séjour. (tableau LXXI)

Sur ces 142 vieillards , 28, 2% sont restés moins d'un an à l'hospice ; 60,6% sont restés moins de trois mois.

Ces séjours très courts sont plus importants chez les hommes : deux tiers de ceux-ci (38/56), à peine plus

TABEAU LXXI

REPARTITION PAR CLASSES D'AGE ET PAR SEXE DES DECES A SIX MOIS OU MOINS

DUREE	60-64	65-69		70-74		75-79		80-84		85-89		90-94		95et+		TOTAL	TOTAL	%		
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F				
<1mois	1		2	2		4		4	3		4	6	3	3	1		18	22	40	28,2%
1à2mois			1	2		1	1	2	2		2	1		1			8	10	18	12,7%
2à3mois				1			5	3	3		3	4		3	1		12	16	28	19,7%
3à4mois			3	1			1	2	3		3	9					8	16	24	16,9%
4à5mois							3	1	1		2	3			1		4	10	14	9,9%
5à6mois			1	1			1	2	1		1	1		1			4	7	11	7,7%
6 mois			1						1	1	2			1			2	5	7	4,9%
Total	1	0	8	7		6	10	12	15	16	24	9	17	4	10	0	56	36	142	100,0
TOTAL	1		15			16		27		40		26		14		3	142			
%	0,7%		10,6%			11,3%		19%		28,2%		18,3%		9,9%		2,1%	100,1%			

TABLEAU LXXII

DUREES MOYENNES DE SEJOUR ET AGES MOYENS DES VIEILLARDS
DECEDES A LA CHARITE A SIX MOIS ET MOINS

	A DUREE MOYENNE		B AGE MOYEN(décès)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Moins d'un mois	12jours	14jours	80 ans	80 ans
1 à 2 mois	39 "	37 "	78 "	77 "
2 à 3 mois	68 "	70 "	77 "	84 "
3 à 4 mois	93 "	93 "	} 75 "	} 79 "
4 à 5 mois	125 "	125 "		
5 à 6 mois	159 "	155 "		
6 mois	180 "	180 "		

de la moitié des femmes (48/86) sont restés moins de trois mois.

Les durées moyennes de séjour sont identiques dans les deux sexes (tableau LXXII-A). Le calcul de l'âge moyen de chaque classe de durée de séjour (tableau LXXII-B) montre que les séjours les plus brefs sont le fait des sujets plus âgés ; à mesure que le séjour augmente, l'âge tend vers celui qu'on observe pour l'ensemble de l'enquête (au décès).

3) Modalité d'admission.

Elle n'offre aucun trait particulier (tableau LXXIII) ni de différence très significative avec l'ensemble de l'enquête.

4) Pathologie d'entrée.

• Trois sujets sont sans pathologie à l'entrée.

Les 139 autres se partagent 246 affections, soit un indice de 1,8.

La répartition est la suivante, selon le nombre :

Nombre de pathologies	≤1mois		1à2m		2à3m		3à4m		4à5m		5à6m		6mois		TOTAL		
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	%
1	10	8	5	5	4	7	4	4	1	5	4	1	1	4	29	34	24,4
2	3	11	2	2	6	4	1	10	2	3	4	1	1		15	35	35,2
3	5	1		3	2	2	3	2	1	2	2				11	10	14,8
4			1			2									1	4	3,5
0		2				1									0	3	2,1
Total	18	22	8	10	12	16	8	16	4	10	4	7	2	5	56	86	100,0

TABLEAU LXXIII

MODALITES D'ADMISSION DES DECES A SIX MOIS OU MOINS

	HOMMES	FEMMES	TOTAL	%	MOINS LES "SANS PRECISION"	
					A	B
Praticien	9	28	37	26	27,6	22,3
Famille	2	0	2	1,5	1,5	3,5
Service de Chirurgie	4	7	11	7,6	8,2	9,8
Service de Médecine	31	35	66	46,5	49,2	48,6
Hôpital Psychiatrique	2	2	4	2,9	3	5,7
Maison de Retraite	3	7	10	7	7,5	7,6
Divers	2	2	4	2,9	3	2,4
Sans précision	3	5	8	5,6		
TOTAL	56	86	142	100	100	99,9

A : Décès à six mois ou moins.

B : Ensemble de l'enquête.

Chez les hommes, les monopathologies l'emportent nettement ; le comportement des femmes se rapproche davantage de celui de la population globale.

. Selon l'aspect évolutif : (les "sans-pathologie " étant ôtés) :

Aspect	1mois	1à2m	2à3m	3à4m	4à5m	5à6m	6mois	TOTAL		
évolutif	H F	H F	H F	H F	H F	H F	H F	H F	Total	%
aigu	6 3	1 1	2 1	1	1	1	1	11 7	18	13
chronique	12 17	7 9	10 14	7 16	4 9	4 5	1 5	45 75	120	86,3
récidivant						1		1	1	0,7
Total	18 20	8 10	12 15	8 16	4 10	4 7	2 5	56 83	139	100,0

La plupart de ces vieillards offrent à l'entrée une allure évolutive chronique ; cette proportion s'élevant ici à près des neuf dixièmes, atteignait seulement les deux tiers dans l'ensemble des décès.

. Selon le type clinique (tableau LXXIV).

L'atteinte intellectuelle, dans ses diverses formes, vient au premier rang, puisque 53 sujets sont ainsi concernés, le déficit moteur par hémiplegie vient ensuite (25 sujets), puis l'hypertension artérielle (16 sujets), l'insuffisance cardiaque et l'insuffisance respiratoire

TABIEAU LXXIV

PATHOLOGIES D'ENTREE DES SUJETS DECEDES A SIX MOIS OU MOINS

PATHOLOGIE	<1mois	1à2m.	2à3m	3à4m	4à5m	5à6m	6mois	TOTAL
Détérioration, confusion mentales	11	7	10	6	5	2	1	42
Démences séniles	2		1	1				4
Etat pseudobulbaire	1	1	3	1			1	7
Séquelles d'hémiplégie	4	3	5	9		1	3	25
Coma vasculaire	1							1
Parkinson			1					1
Paraplégie	1		3					4
Fracture récente du col fémoral	1	1	2	1			1	6
Suites de traumatismes divers			2			1	1	4
Rhumatismes	3	1	2	3	2	2		13
Pathologie sensorielle	1	1	1		1			4
Insuffisance cardiaque, IVD	5	2	2	2	3		1	15
HTA	2	2	3	4	3	1	1	16
Angor pectoris	1		1					2
Artérite des M.I	2		1	1		1		5
Arythmie complète	2			2				4
Diabète	2	1	2	1				6
Dénutrition	2	1	3			3	1	10
Gâtisme, escarres	5	3	1					9
Néo ou adénome prostatique	3		1	2	1			7
Insuffisance rénale	1	1	1					3
Bronchite chronique	6	3		3	2	1		15
Infection respiratoire	1	1	1					3
Pathologie néoplasique	2	2		2				6
Tuberculose pulmonaire	1				1	1		3
Cirrhose hépatique	1				1			2

chronique (15 sujets).

Deux points sont à souligner :

- Les affections évolutives et graves sont nombreuses, ainsi : 1 coma vasculaire, 15 défaillances cardiaques, 5 artérites des membres inférieurs, 9 gâtismes avec escarres, 3 insuffisances rénales, 3 infections respiratoires aiguës, 3 bacillo-ses pulmonaires, 6 cancers, 2 cirrhoses hépatiques.

- La répartition des affections entre les diverses longueurs de séjour constitue un pronostic ; ainsi : 5 des vieillards gâteux et porteurs d'escarres sont morts avant un mois, aucun n'a survécu plus de trois mois - 6 des 10 sujets dénutris sont morts avant trois mois - 4 des 6 porteurs de cancers sont décédés avant deux mois... etc.

5) Pathologie de séjour et causes de décès.

Dans le cas des séjours de courte durée, le nombre des pathologies observées pendant ces séjours n'a pas grande signification, étant donné que les éléments notés à l'entrée persistent, que de nouveaux s'y joignent, si bien que leur chiffre total n'a guère qu'une valeur arithmétique.

Aussi, envisageons-nous la répartition de la pathologie de séjour :

• Selon l'aspect évolutif : (voir tableau page suivante).

L'aspect aigu est très important, atteignant la fréquence de l'aspect chronique et intéressant plus des deux

cinquièmes des sujets (°), au lieu du quart, en ce qui concerne la population totale ; cet aspect est davantage marqué chez les hommes.

Aspect	1mois		1à2m		2à3m		3à4m		4à5m		5à6m		6mois		TOTAL				
évolutif	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	Total	%	
aigu	12	9	4	5	5	6	5	4	1	7	1	1		2	28	34	62	43,7	
chronique		4	10	3	2	6	6	2	10	2	3	3	6	2	3	22	40	62	43,7
récidivant					1		2	1							2	2	4	2,8	
non précisé	2	3	1	3		4	1								4	10	14	9,8	
Total	18	22	8	10	12	16	8	16	4	10	4	7	2	5	56	86	142	100,0	

• Selon la variation de l'allure évolutive depuis l'entrée :

Nous ne retiendrons que les trois possibilités les plus fréquentes :

- a. aigu (entrée) - aigu (séjour)
- b. chronique - chronique
- c. chronique - aigu

L'éventualité la plus fréquente (2/5 des cas) est la conservation d'un aspect évolutif chronique ; chez un tiers des

(°) On pourrait lui adjoindre l'aspect récidivant qui ne constitue qu'un aspect aigu particulier.

sujets, l'évolution, chronique à l'entrée, prend une allure aiguë durant le séjour.

Aspect évolutif	1 mois		1 à 2 m		2 à 3 m		3 à 4 m		4 à 5 m		5 à 6 m		6 mois		TOTAL	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
a	6	3	1	1	1				1						7	6
b	4	10	3	2	4	6	2	10	2	3	3	4	1	3	19	38
c	6	6	3	4	5	5	5	4	1	6	1	1	2		21	28
															49	34,5

Le tableau LXXV rassemble les causes les plus fréquemment relevées. 10 morts n'ont pu être rattachées à aucune cause. Les décès par défaillance cardiaque (sous toutes ses formes) sont les plus fréquentes ; ensuite, viennent les décès subits, puis les morts d'infection pulmonaire aiguë etc... C'est à peu près ce qui a été noté dans l'ensemble des décès.

6) Conclusions.

Près du tiers des vieillards sont décédés à six mois de séjour à l'hospice, les hommes représentant les deux cinquièmes de ce groupe. Presque le tiers de ces sujets est mort avant un mois, presque les deux tiers avant trois mois ; les séjours les plus brefs sont le fait des sujets plus âgés.

Les âges et les modalités d'admission de ces vieillards sont ceux de tous les décès de l'enquête.

TABLEAU LXXV

PRINCIPALES CAUSES DE DECES A SIX MOIS. ET MOINS

PATHOLOGIE	<1mois	1à2m	2à3m	3à4m	4à5m	5à6m	6mois	TOTAL
Mort subite.	6	1	3	1	1	2		14
Défaillance cardiaque	8	7	1	5	1	1	1	24
Collapsus cardio-vasculaire.	2		1	1	1			5
Infarctus myocardique	1				1	1		3
Métrasme biologique	4	1	2	1		1	1	10
Azotémie, insuffisance rénale	3		1	2	1			7
Grippes, infections respiratoires aiguës	1	3	5	2	1	1		13
Coma vasculaire neurologique	1	3	3	2	1			10
Coma hépatique	1	1						2
Suicide	1							1

TABEAU LXXVI

DONNEES CONCERNANT LES SOCIOPATHIES

	HOMMES	FEMMES	TOTAL
AGE MOYEN D'ENTREE	71 ans	82ans6m	80ans6m
AGE MOYEN DE DECES	73 ans	85 ans	83 ans
DUREE MOYENNE DE SEJOUR	2ans9m	3 ans	3 ans
MODALITES D'ADMISSION: Médecin praticien	1	8	9
Famille	1	2	3
Service de Chirurgie		1	1
Service de Médecine	2	11	13
Maison de retraite	2	1	3
Sans précision	1	4	5
TOTAL	7	27	34

Malgré quelques différences, les comportements des deux sexes restent très voisins.

A l'entrée, l'aspect évolutif est essentiellement chronique ; les monopathologies sont majoritaires chez les hommes. Les affections notées sont souvent graves et évolutives.

Pendant le séjour, l'aspect aigu devient fréquent (2/5 des cas). Les causes de décès sont celles de l'ensemble des décès.

Bref, les vieillards décédés avant six mois présentent à leur entrée à l'hospice des affections chroniques, mais graves et évolutives, s'accompagnant d'un état général et de possibilités de résistance précaires ; leur décès survient soit par une aggravation progressive, soit par la survenue d'une complication ou d'une affection intercurrente. Bon nombre d'entre eux relèvent, au cours du séjour et même dès leur admission, davantage d'un service hospitalier bien équipé que d'un hospice.

D - Sociopathies.

Ce terme recouvre tous les syndromes de désinsertion sociale de "désocialisation", depuis le sujet qui se retire du monde et reste confiné chez lui jusqu'au clochard, en passant par l'instable qui n'a pu se fixer nulle part ou encore celui "qui n'a pas réussi dans la vie"-

bref, tous les cas où l'isolement complet, l'absence totale de ressources, les capacités réduites d'adaptation à un milieu communautaire posent un problème social particulièrement délicat.

1) 34 sujets sont dans ce cas ; 7 hommes et 27 femmes, ce qui correspond au rapport des populations de chaque sexe. Tous sont entrés à l'hospice après 60 ans. L'âge d'admission le plus bas, 60 ans, a été noté chez un homme, le plus élevé, 96 ans, chez une femme. Le tableau LXXVI fournit les âges moyens d'entrée et de décès, le séjour moyen, les modalités d'admission.

En comparaison avec l'ensemble de la population décédée, l'âge moyen est, dans le cas des sociopathies, de 6 ans plus élevé à l'entrée (le même chez les hommes - de 5 ans plus élevé chez les femmes), de 5 ans plus élevé au décès (de 1 an moins élevé chez les hommes - de 4 ans plus élevé chez les femmes) ; la durée moyenne de séjour est de quelques mois plus brève (surtout chez les hommes) ; elle va de quelques jours à 25 ans.

Les modalités d'admission n'offrent rien de particulier.

2) Pathologie d'entrée.

Si l'on met à part la sociopathie, l'indice pathologique, en ce qui concerne les autres affections, est de 1.

En dehors de la sociopathie,

- 10 sujets - 1 homme, 9 femmes - n'ont aucune pathologie.

- 14 sujets - 3 hommes, 11 femmes - ont 1 pathologie.

- 8 sujets - 3 hommes, 5 femmes - ont 2 pathologies.

- 2 sujets - 2 femmes - ont 3 pathologies.

Toutes ces affections sont chroniques. Le type clinique en est habituel : 5 hypertensions artérielles - dont 3 chez des parkinsonniens - 2 alcoolismes chroniques, 4 détériorations mentales - dont 2 sur terrains artério-scléreux, 1, bronchite chronique, 2 insuffisances respiratoires chroniques - avec retentissement cardiaque, 1 cancer du col utérin, 1 cancer de la sphère maxillofaciale, 1 hémiplegie droite ancienne avec aphasie (cf. tableau LXXVII).

3) Pathologie de séjour :

L'indice pathologique est de 1,5.

- 1 seul sujet n'a pas de pathologie.

- 15 sujets ont une pathologie.

- 12 sujets ont 2 pathologies.

- 6 sujets ont 3 pathologies.

Un seul des 10 sujets sans autre affection qu'une sociopathie à l'entrée, n'a pas de pathologie de séjour.

- 5 aspects évolutifs sont aigus.

- 25 aspects évolutifs sont chroniques.

- 3 aspects évolutifs sont récidivants.

La proportion d'allures évolutives chroniques est nettement plus élevée que dans la population totale ; le nombre des pathologies est réparti de façon identique dans

l'ensemble des décès.

Les affections notées sont des types habituels :

4 insuffisances cardiaques, 8 mûrasmes biologiques, 4 infections respiratoires aiguës (ou récidivantes), 1 seul ictus avec hémiplegie, 3 détériorations mentales, 2 confusions mentales.

(cf. tableau LXXVII).

4) Pathologie de décès.

Les affections sont celles observées dans l'ensemble des décès. Ainsi, 5 insuffisances cardiaques globales, 3 collapsus cardiovasculaires dont 1 chez un infarctus du myocarde, 6 infections respiratoires aiguës ou détresses respiratoires aiguës, 2 infarctus du myocarde, 9 ictus ou ramollissements cérébraux etc... (cf. tableau LXXVII).

A noter : 5 morts inconnues.

5) Conclusions.

34 sujets, 7,6 % de l'ensemble des décès, sont entrés à l'hospice dans un contexte de véritable maladie sociale, soit au même âge, chez les hommes, soit à un âge plus élevé, chez les femmes, que la moyenne des pensionnaires ; ils sont restés un peu moins longtemps que la moyenne avant de décéder.

Leur pathologie (cf. tableau LXXVII) ne se distingue de celle qu'on peut noter chez l'ensemble des décédés, qu'à l'entrée, d'une part en raison de son aspect presque toujours chronique, d'autre part en raison du peu d'importance des affections mentales ou locomotrices.

TABEAU LXXVII

REPARTITION DES REGROUPEMENTS PATHOLOGIQUES DANS LES SOCIOPATHIES

REGROUPEMENT PATHOLOGIQUE	ENTREE		SEJOUR		DECES	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Cardiovasculaire	2	8	2	8	1	9
Respiratoire	2	4	0	9	1	6
Mental	2	2	2	4	1	0
Mârasme biologique	0	2	2	8	2	3
Vasculaire neurologique	0	2	0	2	0	9
Locomoteur	0	1	2	2	0	0
Digestif	0	1	0	2	0	0
Néoplasique	0	2	2	0	1	0

Durant le séjour à l'hospice, elle est identique, et il en est de même pour les causes du décès, à celle de l'ensemble des décédés.

COMPARAISONS AVEC LA LOIRE

Pour chacun des aspects de la pathologie des vieillards envisagée dans cette étude, nous avons rassemblé les traits les plus marquants en manière de conclusion ; aussi, ce deuxième chapitre ne se termine-t-il pas par un paragraphe de conclusions, mais par une tentative de comparaisons de nos résultats avec ceux de l'INSEE en ce qui concerne les causes des décès survenus du début 1960 à fin 1963 dans le département de la Loire, à 60 ans et plus.

Cette comparaison montre, par exemple, que l'infection respiratoire aiguë -sous toutes ses formes- représente 11,8 % des causes de décès à l'hospice et 7,1 % seulement dans la Loire ; les pneumopathies grippales sont plus importantes à l'hospice : 5,3 % des décès et 45 % des infections respiratoires aiguës à l'hospice - 2,9 % et 42 % respectivement, dans la Loire.

Mais, pour les autres pathologies, nous nous sommes trouvé devant de très grosses difficultés provenant des codes

différents utilisés à l'INSEE et dans notre travail ; certaines entités morbides portées par un code n'ont pas de correspondance dans l'autre ; par exemple, la "déficience mentale" (INSEE n° 69) désigne-t-elle les états d'arriération mentale ou les détériorations intellectuelles ? Les insuffisances cardiaques ne figurent pas dans le second code de l'INSEE ; celui-ci mentionne (n° 136) la "sénilité sans mention de psychose" - que recouvre exactement ce terme ? les états démentiels entrent-ils - comme il est classique - dans les psychoses, ou non ? etc... Faute d'un langage commun, nous avons du nous contenter de rapprocher les regroupements pathologiques généraux, déjà utilisés au début de cette étude, sans les décomposer en leurs éléments nosographiques (tableau LXXVIII).

TABLEAU LXXVIII

COMPARAISON DES REGROUPEMENTS PATHOLOGIQUES A LA
CHARITE ET DANS LA LOIRE (en %)

PATHOLOGIE	LA CHARITE (450 décès)	LOIRE (25.317 décès)
Cardiovasculaire	25,5	20,9
Respiratoire	20,4	10,7
Mentale	1,8	9,4
Vasculaire neurologique	16,9	15,4
Digestive	2,9	5,4
Néoplasique	4	17,8

Dans ce tableau, les décès par pathologie cardiovasculaire apparaissent plus nombreux à l'hospice ; la différence est représentée par les insuffisances cardiaques, très fréquentes à la Charité . Les affections respiratoires sont responsables de deux fois plus de décès à l'hospice ; les infections respiratoires aiguës, grippales en particulier, y sont beaucoup plus importantes - nous l'avons vu ; la vie communautaire, les difficultés d'isolement sont, sans doute, pour beaucoup dans cette prépondérance.

La pathologie mentale, au contraire, est cinq fois plus fréquente dans les décès survenant dans le milieu extérieur ; la cause en est, en partie, nosographique ; pour le reste, les décès consécutifs à une psychose aiguë grave, ne s'observe pas à l'hospice qui - en raison des troubles du comportement qui en constituent la première manifestation - dirige toujours ce type de malade sur des services spécialisés dont la statistique de mortalité entre dans celle du département.

Les morts par accident vasculaire neurologique sont de même importance à l'hospice et dans la Loire. Ceux par affection digestive sont deux fois plus nombreux dans la Loire ; les atteintes digestives sont observées en grand nombre chez les pensionnaires de la Charité mais il s'agit le plus souvent de troubles dyspeptiques d'origine diététiques, sans caractère de réelle gravité.

Les décès par cancers, enfin, sont quatre fois plus nombreux à l'extérieur ; ceci s'explique par le fait que, actuellement, l'étiquette "incurable" n'est pratiquement plus mise

sur un sujet cancéreux et que celui-ci demeure dans le circuit thérapeutique actif ; d'autre part, les néoplasies dépistées à l'hospice sont adressées en chirurgie ou au centre anticancéreux, y retournent lors des rechutes et y décèdent assez souvent ; enfin, on ne peut écarter l'hypothèse d'une plus faible morbidité cancéreuse dans les conditions de vie feutrées, presque végétatives de l'hospice.

Tout au long de cette comparaison, l'âge moyen de décès des populations n'est pas intervenu, en raison de la différence assez faible ; rappelons en effet, que les hommes sont décédés en moyenne 1 an plus tôt à l'hospice, et les femmes 2 ans plus tard.

Bref, si l'on excepte la pathologie respiratoire dont la différence est peut-être en grande partie épidémiologique, les causes de décès sont proches à l'hospice et dans le milieu extérieur et leurs différences de fréquence s'expliquent assez aisément par des considérations techniques. En effet, nous avons vu que la pathologie amenant le vieillard à l'hospice et l'y maintenant est essentiellement une atteinte de la vie de relation, une altération de l'autonomie d'existence, de bon pronostic vital, de mauvais pronostic social.



CINQUIEME PARTIE

MODALITES DE LA MORT

Sous le nom de "modalité de la mort", nous avons défini l'allure générale du lien temporel et causal unissant le décès et la pathologie, pour chacun des vieillards morts à l'hospice. En d'autres termes, le décès peut être la conséquence - en majeure partie du moins - de la pathologie notée dès l'admission, ou de celle constatée au cours du séjour, ou enfin d'une affection de survenue inopinée. Chacune de ces trois éventualités représente une modalité de la mort.

Les trois modalités de la mort ainsi définies ont été codées :

- 1 : décès lié à la pathologie d'entrée.
- 2 : décès lié à la pathologie de séjour.
- 3 : décès lié à une affection inopinée.

Par exemple, un vieillard est admis à l'hospice avec une hémiplégie consécutive à des ictus à répétition et décède au cours d'un ultime épisode vasculaire cérébral : modalité 1 ; un sujet présente à l'entrée un délire de persécution, il meurt d'un néoplasme pulmonaire découvert durant son séjour : modalité 2 ; un vieillard entré à l'hospice avec un état démentiel décède dans un tableau d'infarctus du myocarde : modalité 3.

Cette définition ne va pas sans certaines difficultés : tout d'abord, il existe des décès pour lesquels la détermination d'un type de modalité de la mort prête à discussion : par exemple, une pneumopathie aiguë d'évolution mortelle sur un état grevé par une maladie chronique grave notée dès l'entrée : modalité 1 ou 3 ? Ensuite, la longueur du séjour à l'hospice intervient dans cette détermination - on retrouve là une difficulté déjà signalée à propos de la distinction d'une pathologie d'entrée et de séjour - la rendant parfois malaisée dans certains séjours de courte durée : si le suicide, une semaine après l'entrée, d'un vieillard apparemment en bonne santé, entre sans difficulté dans le cadre de la modalité 3, il n'en est pas de même d'un ictus ou d'une grippe ; dans ces derniers cas, la modalité 3 s'associe à l'idée de mort brutale ou subite, ce qui n'est pas le but de sa définition initiale ; ainsi, le concept de modalité de la mort ne prend-il tout son intérêt que chez les vieillards ayant séjourné plusieurs mois à l'hospice.

Nous allons maintenant examiner la répartition des trois modalités, selon le sexe, l'âge, la durée de séjour, le mois et l'année de décès, la pathologie.

A. Répartition selon le sexe.

Le tableau LXXIX fournit la répartition des modalités selon le sexe (partie A) et celle des sexes selon la modalité de la mort (partie B).

La modalité 3 est la plus fréquente, suivie de près par la modalité 2, respectivement un peu plus des deux cinquièmes et un peu moins ; la modalité n'atteint pas le cinquième.

TABLEAU LXXIX

REPARTITION DES MODALITES DE LA MORT SELON LE SEXE

A				B		
MODALITE	ENSEMBLE Nb %	HOMMES Nb %	FEMMES Nb %	HOMMES %	FEMMES %	TOTAL %
1	82 18,2	33 26,6	49 15,0	40,2	59,8	100
2	175 38,9	47 37,9	128 39,3	26,9	73,1	100
3	187 41,6	38 30,6	149 45,7	20,3	79,7	100
Sans précision	6 1,3	6 4,9	0			
Total	450 100	124 100	326 100			

TABLEAU LXXX

REPARTITION DES MODALITES DE LA MORT SELON L'AGE

AGE D'ENTREE					AGE DE DECES			
Age	Mod.1	2	3	Total	Mod.1	2	3	Total
<40 ans		1		1				
40à49 "		2		2				
50à59 "		7	8	15				
60à64 "	5	12	5	22	3	5	5	13
65à69 "	6	13	15	34	7	14	12	33
70à74 "	10	26	37	73	9	25	23	56
75à79 "	17	39	29	85	16	27	30	73
80à84 "	24	36	51	111	19	47	56	122
85à89 "	11	27	33	71	18	38	41	98
90à94 "	7	10	8	25	8	16	16	40
95et+	2	2	1	5	2	3	4	9
Total	82	175	187	444(°)	82	175	187	444(°)

(°) 6 modalités ne sont pas précisées ; il s'agit de 6 femmes.

des décès.

Le comportement des deux sexes est différent : chez les hommes, la modalité 2 l'emporte nettement ; chez les femmes, la modalité 3 rassemble 45,77% des décès, la modalité 1 ne dépasse pas 15%. Compte tenu de la différence d'effectif, la modalité 1 est presque deux fois plus fréquente chez les hommes, la modalité 2 est identique dans les deux sexes, la modalité 3 est plus importante chez les femmes.

B. Répartition selon l'âge. (tableau LXXX)

Cette analyse n'apporte aucun fait significatif, la répartition des modalités de la mort apparaît indépendante des âges d'entrée et de décès.

C. Répartition selon la durée de séjour.

Six modalités de la mort et trois durées de séjour n'ont pu être précisées.

Les 441 décès restants se répartissent ainsi :

	séjours inférieurs ou égaux à six mois		séjours de plus de six mois		Total
modalité 1	65	47,8%	16	5,5%	81
modalité 2	45	33,1%	130	42,3%	174
modalité 3	26	19,1%	159	52,2%	185
Total	136	100 %	305	100 %	440

Pour les décès survenus à six mois de séjour ou moins, la modalité 1 représente presque la moitié et la modalité 2 le tiers.

Pour les décès survenus au-delà de six mois de séjour, la modalité 3 intéresse plus de la moitié des cas, la modalité 1 n'a qu'une très petite fréquence.

L'analyse détaillée, par années et par mois, des durées de séjour pulvérise les effectifs et ne permet de tirer aucune conclusion certaine en ce qui concerne telle ou telle classe de durée (tableau LXXXI) elle montre néanmoins la diminution progressive de la modalité 1, l'augmentation de la modalité 3, celle -beaucoup moins marquée- de la modalité 2, à mesure que la durée de séjour s'élève.

D. Répartition selon le mois et l'année de décès.

La répartition des trois modalités de la mort selon l'année du décès n'apporte (tableau LXXXII) aucun fait significatif. Les variations d'une année à l'autre n'obéissent à aucune relation accessible à notre analyse ; ainsi, les années 1960 et 1963, aux effectifs identiques, offrent une répartition dissemblable.

Il en est de même de la répartition par mois ; on ne peut mettre en évidence aucune relation entre la modalité de la mort et le mois de décès. Nous ne reproduisons pas le tableau de cette répartition pour ne pas alourdir le texte.

E. Répartition selon la pathologie.

Nous avons choisi d'étudier les modalités de la mort pour un certain nombre de pathologies, parmi les plus fréquentes. L'analyse, en effet, de la modalité de la mort en fonction du nombre d'affections ou de l'aspect évolutif, à l'entrée ou au séjour, n'apporte aucun renseignement précis.

TABLEAU LXXXIREPARTITION DES MODALITES DE LA MORT SELON LE SEJOUR

DUREE DE SEJOUR	Mod.1	Mod.2	Mod.3	Total
moins de 1 mois	21	8	9	38
1 à 2 mois	8	8	2	18
2 à 3 mois	10	10	7	27
3 à 4 mois	14	7	2	23
4 à 5 mois	5	6	2	13
5 à 6 mois	4	5	2	11
6 à 7 mois	3	1	2	6
7 mois à 1 an	7	25	22	54
1 an à 1 an 1/2	4	12	20	36
1 an 1/2 à 2 ans	2	9	14	25
2 ans à 2 ans 1/2	1	7	10	18
2 ans 1/2 à 3 ans	1	9	11	21
3 ans à 3 ans 1/2	0	9	12	21
3 ans 1/2 à 4 ans	0	10	15	25
4 ans à 4 ans 1/2	0	5	11	16
4 ans 1/2 à 5 ans ^o	0	5	7	12
Total	80	136	148	364 ^{oo}

(^o) non compris.

(^{oo}) 6 modalités de la mort ne sont pas précisées.

TABLEAU LXXXII

MODALITES DE LA MORT ET ANNEE DE DECES

MODALITE	1960		1961		1962		1963		Total
	Sujets	%	Sujets	%	Sujets	%	Sujets	%	Sujets
1	14	14,6	19	16,8	29	20,7	20	20,8	82
2	33	34,7	48	42,5	63	45	31	32,3	175
3	49	50,6	46	40,7	48	34,3	44	46,9	187
Total	96	100	113	100	140	100	95	100	444
non précisée			2		4				6
Total	96		115		144		95		450

Pour chacune des dix affections retenues pour cette étude, nous avons relevé :

- a) parmi les sujets la représentant à l'entrée, les décès de modalité 1 (c'est à dire paraissant liés à la pathologie d'entrée)

- b) parmi ceux qui la présentaient durant le séjour, les décès de modalité 2 (c'est à dire paraissant liés à la pathologie de séjour)

- c) parmi ceux, enfin, qui présentaient cette pathologie comme cause de mort, les décès de modalité 3 (c'est à dire paraissant liés à une pathologie imprévue).

Le total de ces décès représente, pour chacune des affections étudiées, la mortalité immédiatement et directement en relation avec la pathologie dont cette affection constitue un des éléments -le seul, dans d'assez nombreux cas ; nous avons établi la proportion de ces décès sur le nombre des vieillards atteints de l'affection en cause, en l'exprimant sous forme d'un pourcentage. Par exemple, dans le cas de l'insuffisance cardiaque, sur 30 notées à l'entrée, 9 sont décédées de la pathologie d'entrée, sur 48 constatées durant le séjour, 24 sont décédées de la pathologie de séjour, sur 68 retenues comme cause de la mort, 13 entrent dans une pathologie imprévue ; au total, 46 (9 + 24 + 13) insuffisances cardiaques - 32% du total - font partie d'une pathologie responsable du décès. Les autres cas d'insuffisance cardiaque retenus comme cause de la mort ne représente qu'un aspect d'une mort indirecte par la pathologie d'entrée ou de séjour.

Les résultats obtenus sont rassemblés dans le tableau LXXXIII. Nous voyons ainsi que près des deux tiers (62,3%) des gripes entrent dans une pathologie mortelle : il en est de même de 43,5% des pneumopathies classiques, de 32,7% des séquelles d'hémiplégie etc...

MODALITES DE LA MORT DANS LES PATHOLOGIES FREQUENTES (Chiffres exprimés en sujets)

PATHOLOGIE	MODALITE			ENTREE		SEJOUR		DECES		Total mod.1 +mod.2+mod.3	%	Total =100
	1	2	3	Total	Mod.1	Total	Mod.2	Total	Mod.1			
Insuffisance cardiaque	38	66	42	30	9	48	24	68	13	46	32	146
Détérioration mentale	18	68	55	102	12	37	17	2	0	29	20,6	141
Marasme, gâtisme	28	36	15	13	7	29	16	37	4	27	34,2	79
Hypertension	14	26	33	58	11	13	3	2	0	14	18,9	73
Baisse de l'état général	12	32	22	7	1	53	26	6	1	28	42,4	66
Cachexie progres- sive	1	29	26	1	0	29	15	26	1	16	(28,1)	56
Pneumopathie aigüe	5	31	26	11	0	29	17	22	10	27	43,5	62
Grippe	4	29	21	3	2	27	18	24	14	34	(62,3)	54
Hémiplégie ancien- ne	16	13	20	49	16	-	-	-	-	16	(32,7)	49
Coma	8	20	15	1	1	7	6	35	15	22	(51,2)	43

Les pourcentages entre parenthèses sont donnés à titre indicatif seulement, en raison du faible effectif.



CONCLUSIONS

Nous avons tenté d'introduire - ou plutôt de rétablir - dans notre étude sur la mort du vieillard, la dynamique reliant la pathologie au décès, en distinguant 3 relations possibles du décès : 1 avec la pathologie d'entrée, 2 avec la pathologie de séjour, 3 avec une pathologie imprévue.

Plus des deux cinquièmes des décès sont le fait d'une pathologie inopinée ; presque autant sont liés à une pathologie observée durant le séjour : 18% seulement sont liés à la pathologie constatée dès l'entrée.

Chez les hommes, plus du tiers des décès provient de la pathologie de séjour ; chez les femmes, près de la moitié provient d'une affection inopinée.

A mesure que s'élève la durée de séjour, le nombre des décès liés à la pathologie d'entrée diminue, tandis que celui des décès liés à une affection imprévue augmente - à partir de 3 années de séjour, pratiquement aucun décès n'est le fait de la pathologie d'entrée ; le nombre des décès liés à la pathologie de séjour demeure presque constant.

L'application de la notion de modalité de la mort à la pathologie (selon l'espèce morbide observée) permet de mettre en évidence, pour chaque affection, la mortalité immédiatement et directement liée à la pathologie dont cette affection est un des éléments ; l'importance de cette mortalité apparaît dans le cas de la grippe, des pneumopathies aiguës etc...

SIXIEME PARTIE

CONCLUSIONS

La mort est un mystère, dont on remet la
clef soit à Dieu, soit à la nature,
soit à la statistique.

A. Requet - Esprit 3, Mars 1965
p. 486



METHODOLOGIE

. Les parties de notre travail qui ont porté sur la population décédée et sur la pathologie, ont consisté en une étude sur dossiers médicaux. Cette étude a nécessité une séquence d'opérations : dépouillement - codage - perforation de cartes - passages sur machine - traduction en "clair" des résultats.

Nous avons tenté de réduire le plus possible la part du contingent dans le travail de dépouillement, sans pouvoir l'éliminer totalement en l'absence d'un dossier médical standardisé. Il s'agit là, d'ailleurs, d'une remarque très générale : le manque de rigueur dans les "observations" rend malaisée l'exploitation poussée de la mine de renseignements que ces observations constituent.

Le second inconvénient de cette méthode de travail réside dans le principe même du codage, qui fige la dynamique de l'évolution des sujets étudiés - ici les vieillards.

Enfin, la chaîne d'opérations successives accroît les risques d'erreur, en particulier au stade du codage et de la mécanographie ; nous avons relevé ainsi une dizaine d'erreurs de mécanographie.

. Nous avons été amené à modifier en cours de route notre plan de travail en raison de directions de recherches imprévues qu'il nous a paru intéressant de suivre, par exemple l'étude de la population vivante de l'hospice, qui a fini par représenter plus du tiers de notre travail.

. L'absence d'un spécialiste de l'exploitation statistique ne nous a pas permis d'éviter des comparaisons et des interprétations ou trop timides et incomplètes ou trop audacieuses.

. De nombreux faits démographiques et statistiques que nous rapportons n'ont pu être élucidés à l'échelle de cette étude ; ils pourront être interprétés grâce à des enquêtes très vastes, portant sur de nombreux groupes de vieillards.

La mécanographie nous a livré un abondant matériel, encore partiellement inexploité et qui ne figure pas dans ce travail, en raison d'une pulvérisation de l'information.

RECRUTEMENT DE L'HOSPICE

1°) La motivation de l'entrée du vieillard en hospice est conditionnée par deux éléments principaux : l'isolement, la réduction de l'autonomie de vie ; un troisième élément, étroitement mêlé aux deux premiers, est la perte de l'intérêt existentiel.

a - L'isolement : le vieillard lui fait face et le supporte de plus en plus malaisément, même dans le cas du solitaire habituel : l'angoisse liée à la peur de la mort se fait jour et

grandit - il existe fréquemment une anxiété "d'involution", équivalent mineur des classiques états mélancoliques du vieillard - la demande en "services" s'accroît par suite de la réduction de l'autonomie.

L'isolement s'installe ou s'accroît par suite d'un véritable éclatement du vécu affectif du vieillard :

- rupture avec le groupe social et professionnel, par suite de la retraite.
- disparition du conjoint (décès, internement, placement en hospice, hospitalisation prolongée).
- départ et dispersion des enfants.
- disparition des amis.
- réduction de la vie sociale par diminution des moyens économiques qu'entraîne la retraite.
- difficultés des déplacements et des contacts sociaux par suite de l'affaiblissement locomoteur ou psychosensoriel.
- perte du décor familial : emménagement dans un logement plus petit, par exemple, ou départ chez un enfant, avec la nécessité de se séparer d'une partie du mobilier ; ce changement étant conditionné par la réduction des ressources ou de l'autonomie psychosomatique.

Malgré les progrès des moyens de communication, d'expression et de diffusion de l'information, le vieillard est assez souvent plus isolé qu'autrefois : dispersion à grande distance des enfants beaucoup plus fréquente - diminution du "culte

de la famille" et surtout baisse de la tolérance du milieu familial à l'égard des petits troubles du comportement et du caractère du vieillard.

b - La réduction de l'autonomie : deux facteurs se conjuguent pour la déterminer :

- diminution des moyens physiques et intellectuels, par l'involution que peut aggraver une pathologie ; cette diminution ne peut être compensée par l'achat de services en raison du facteur suivant :
- diminution des moyens économiques : mise à la retraite (ressources précaires, perte des avantages en nature par exemple le logement), augmentation de la consommation médicale.

Chez l'homme, peu apte aux tâches ménagères, l'isolement augmente considérablement les besoins en services et se trouve encore plus péniblement vécu.

c - La perte de l'intérêt existentiel ; trois éléments y contribuent :

- perte du personnage social : liée à la mise à la retraite, avec ses deux aspects - perte de l'emploi, baisse du pouvoir économique - elle constitue un vœu de l'homme, essentiellement et aussi de certaines femmes masculinisées socialement. "On est un vieillard quand on est à la retraite".
- difficulté ou impossibilité de réorganiser sa personnalité dans l'oisiveté, aggravée par l'absence d'une éducation des loisirs.

- rétrécissement vital : on retrouve là l'isolement, la réduction du champ d'action (pour des raisons économiques, des raisons médicales).

Face à cette disparition de l'intérêt existentiel, trop souvent le vieillard n'a que trois issues : le refuge dans la psychose, la mort - dont le suicide ne représente qu'une modalité exceptionnelle -, l'entrée en hospice, enfin. En faveur de l'admission à l'hospice s'exercent des pressions venant de l'entourage, médico-social et familial, désireux de se déculpabiliser ; nous reviendrons sur ce dernier point.

2°) L'admission :

a - à partir de 75 ans, le recrutement de l'hospice devient supérieur à la représentation des diverses classes d'âge dans le milieu extérieur ; dès 65 ans, chez les hommes, il devient identique.

b - pratiquement tous les vieillards admis à l'hospice sont solitaires. Pourtant, l'hospice peut recevoir quelques couples... il faut toutefois noter que cette possibilité est inconnue du corps médical et social.

Le quart des hommes, les deux tiers des femmes ont été engagés dans un couple ; 2,2% des hommes, 0,9% des femmes le sont encore seulement. 82,4% des couples ont été dissociés par la mort, 9,4% par la mésentente, 8,2% par diverses circonstances.

Il faut signaler que, pour la plupart, les pensionnaires menaient, avant leur entrée à l'hospice, une existence laborieuse ne ménageant que fort peu de place au loisir.

c - les hommes entrent à l'hospice beaucoup plus tôt que les femmes, pour la plus grande partie entre 60 et 70 ans, en moyenne à 66 ans. Les entrées avant 70 ans sont liées à des causes convergentes : il s'agit de célibataires, isolés, ne pouvant "se débrouiller seuls", souvent diminués par une pathologie, parfois véritables invalides. Après 70 ans, les causes d'admission sont diverses ; il s'agit le plus souvent, cependant, de veufs qui entrent à la Charité au décès de leur compagne : l'autonomie de la femme lui permet une vie prolongée dans le milieu extérieur, l'homme marié (ou le concubin) bénéficie de cette autonomie jusqu'à la maladie, l'impotence ou le décès de sa compagne.

d - les femmes entrent à la Charité beaucoup plus tard, avant tout pour des difficultés liées à la pathologie, en moyenne à 71 ans, le plus grand nombre de 70 à 80 ans. Le tiers des femmes est célibataire ; l'influence de la retraite sur l'admission est certaine, mais plus limitée que chez les hommes : les célibataires femmes entrent en moyenne 1 an 1/2 après les célibataires hommes, à partir de 60 ans et surtout de 65 ans, après un essai de vie isolée. Leur comportement est voisin de celui des célibataires hommes, la vie exclusivement professionnelle entraîne un certain degré de masculinisation psychosociale et constitue une mauvaise préparation à une vie entièrement ménagère. Les deux tiers des femmes sont veuves,

entre 70 et 84 ans pour la plupart, à 74 ans en moyenne.

e -- le rôle de la pathologie dans la perte de l'autonomie -- élément fondamental de l'entrée à l'hospice -- est important : les quatre cinquièmes des pensionnaires de la Charité proviennent d'une collectivité, le plus souvent hospitalière ; 26% des femmes et 13% des hommes seulement viennent directement du milieu extérieur. L'hôpital est une étape presque obligatoire, avant l'entrée en hospice.

L'orientation sur l'hospice est liée à l'absence d'un équipement médico-social efficace -- nous retrouverons ce problème plus loin -- permettant une réinsertion dans le milieu extérieur malgré une autonomie réduite. En outre, souvent, le médecin hospitalier éprouve un sentiment de culpabilité en face des conditions précaires de vie auxquelles il devra rendre le vieillard. Sans tenir compte des éventuels désirs de liberté du sujet, dans une attitude, assez habituelle, de protection et de minoration du vieillard, le médecin se rassure en l'orientant sur l'hospice, parfois présenté sous l'étiquette plus alléchante de "Centre de convalescents". Il faut noter, d'ailleurs, la réticence, voire le refus, de la plupart des maisons de convalescence à recevoir des sujets de plus de 65 ans ou même de 60 ans.

Le plus souvent, la pathologie en cause est de bon pronostic vital, de mauvais pronostic social. Les pathologies les plus fréquentes sont :

- la pathologie mentale, surtout la détérioration mentale ;

- la pathologie cardio-vasculaire, surtout l'insuffisance cardiaque.
- la pathologie locomotrice, plus fréquente chez les femmes, surtout les séquelles d'hémiplégie et les rhumatismes chroniques.
- la pathologie respiratoire, plus importante chez les hommes, surtout l'insuffisance respiratoire chronique.

Si le comportement des hommes et des femmes est différent sur le plan social, il apparaît très voisin sur le plan pathologique, ou plus exactement nosologique, car une des raisons de la différence de comportement social est représentée par le vieillissement beaucoup plus rapide et les atteintes pathologiques liées à l'âge beaucoup plus précoces chez l'homme, en particulier du fait de l'alcoolisation masculine (cf. travaux de SAUVY).

FONCTIONNEMENT DE L'HOSPICE

1°) Le fait démographique

a - La population de l'hospice comprend une importante proportion de "non-vieillards" : 30% des pensionnaires ont moins de 60 ans ; c'est aussi le cas de 5,3% des décès survenant à l'hospice. Beaucoup, placés très jeunes, sont des handicapés congénitaux, arriérés et débiles mentaux, qui ne posaient avant tout, jusqu'à là, que des problèmes de "gardiennage", mais qui, et de plus en plus, posent des

problèmes d'éducation, d'apprentissage et d'adaptation. Pour eux, le placement à l'hospice ne peut plus être une fin mais un devenir.

b - L'hospice n'est pas un milieu naturel -comme un village- où les gens vieillissent en vase clos, mais un milieu artificiel où sont placés des vieillards de tous âges. Les grands âges observés -au recensement ou au décès- à l'hospice, ne sont que pour un petit nombre d'origine "autochtone" ; la plupart viennent de l'extérieur et ne sont que depuis relativement peu à l'hospice. Il n'y a pas une continuité des âges mais une juxtaposition d'âges différents : ainsi, les sujets de 80 ans ne sont pas, pour la plupart, des pensionnaires de 70 ans vieillissant à l'hospice mais sont, au contraire, des entrées récentes. En d'autres termes, l'hospice ne fait pas de grands vieillards, ceux-ci lui parviennent déjà fort âgés. Il sera intéressant d'effectuer un nouveau recensement de la population de la Charité dans dix ans, pour voir si l'évolution des techniques gériatriques et des structures de l'hospice modifie le phénomène que nous venons de signaler.

c - L'hospice n'est pas, non plus, une "solution finale", un lieu d'attente de la mort : le renouvellement de sa population est incessant, et l'élévation considérable du nombre des sorties va en l'accéléralant :

			<u>décès</u>	<u>sorties</u>	
1960	renouvellement	29,7%	14,7%	15,0%	700=100%
1961		27,4%	17,3%	10,1%	

1962	31,4%	21,7%	9,7%
1963	44,3%	14,1%	30,2%
(1964)	51,7%	20,9%	30,8%

Les pensionnaires les moins âgés constituent la plus grande partie de l'effectif des sorties (°). Les décès affectent surtout les pensionnaires entrés à partir de 70 ans chez les hommes, de 80 ans chez les femmes.

d - La durée de séjour est, en moyenne, de 6 ans chez les sujets recensés, de 3 ans 1/2 chez les sujets décédés ; le comportement des hommes et des femmes, est de ce point de vue, très voisin, à partir de l'entrée à l'hospice, dès lors que les conditions socioéconomiques sont les mêmes.

On ne découvre pas la confirmation de ce qu'on attendait : l'élévation de la durée de séjour chez les sujets entrés jeunes ou décédés vieux à l'hospice.

Les séjours de longue durée sont un signe de réussite, de bonne adaptation (nous mettons à part les "infirmes ou incurables" placés jeunes et chez lesquels le problème est tout différent). L'hospice convient aux sujets offrant ainsi des séjours très supérieurs à la moyenne ; il s'agit, pour la plupart, des vieillards qui sont entrés sans pathologie décelable.

e - L'espérance de vie est, à 70 ans, identique chez les hommes à l'hospice et à l'extérieur, un peu supérieure à l'hospice chez les femmes ; à 80 ans, elle est deux fois moindre chez les hommes à l'hospice qu'à l'extérieur, est identique dans les deux

(°) Ainsi sont sortis les sujets nés de 1886 à 1890, admis de 1946 à 1954, entre 60 et 64 ans (cf. page 67).

milieux chez les femmes. L'âge moyen de décès -des sujets de 60 ans et plus- à l'hospice est, en ce qui concerne les hommes, de 1 an moins élevé que dans le milieu extérieur, et, en ce qui concerne les femmes, de 2 ans plus élevé. On retrouve la surmortalité masculine habituelle liée à l'imprégnation alcoolique et à la vie professionnelle intense, mais il s'y ajoute le fait que les hommes qui entrent à l'hospice, sont amenés à le faire tôt, en raison d'une réduction particulièrement précoce de leur autonomie par des conditions matérielles précaires et par une atteinte pathologique.

2°) Le fait pathologique.

a - 7,1% seulement des sujets ayant séjourné à la Charité jusqu'à leur mort, sont entrés à l'hospice sans présenter de pathologie ; la proportion apparaît encore plus faible si on se fonde sur les certificats médicaux de placement en hospice qui s'efforcent toujours d'offrir une atteinte pathologique, particulièrement infirmante, locomotrice le plus souvent.

b - Tous les autres sujets présentent à l'entrée une polypathologie, le plus souvent d'évolution chronique lente. Nous avons mentionné ces pathologies à propos du recrutement.

1/5 des vieillards entre à l'hospice avec une pathologie grave, évolutive, coûteuse en soins, en personnel et en équipement, par exemple une infection respiratoire aiguë, des troubles graves du rythme cardiaque ou même un coma vasculaire.

Près du tiers (31%) des décès survient dans les six

premiers mois de séjour à l'hospice. A l'entrée, à côté des pathologies aiguës ou subaiguës que nous venons d'envisager, on note, chez ces sujets, des monopathologies chroniques, graves et évolutives (insuffisance rénale, cancers à marche rapide, etc...). Bon nombre de ces vieillards relèvent davantage de l'hôpital que de l'hospice.

c - Les pathologies observées durant le séjour à l'hospice sont pour les trois quarts, chroniques. Les principales sont :

- la pathologie cardiovasculaire, surtout chez les hommes
- les atteintes globales de l'organisme entrant dans le cadre du marasme biologique, surtout chez les femmes.
- la pathologie vasculaire neurologique
- la pathologie mentale.

Les polypathologies sont majoritaires.

d - Le décès du vieillard à l'hospice représentait le but premier de notre travail. Cette étude est passée au second plan en grande partie en raison du fait que la mort ne constitue pas - nous l'avons vu - l'issue inéluctable de tout séjour à l'hospice. La mort, d'ailleurs, doit être, non pas une fin, mais un "achèvement" (HEIDEGGER) et cette modification de conception entraîne le remaniement de l'appareil d'assistance aux vieillards - nous reviendrons sur ce problème à la fin de cette partie.

14,4% des décès sont restés sans cause certaine.

7,3% des décès ont pris la forme d'une mort subite.

Dans la plupart des décès, une seule cause a été retenue.

La cause du décès n'est pas tout à fait la même selon le sexe :

• Chez les hommes :

- mort par atteinte respiratoire	23,2%
- " " " vasculaire neurologique	22,4%
- " " " cardiovasculaire	20,8%
- " " effondrement général (marasme)	15,2%
- " " atteinte néoplasique	8,8%

• Chez les femmes :

- mort par atteinte cardiovasculaire	28,1%
- " " " vasculaire neurologique	25,6%
- " " " respiratoire	19,9%
- " " effondrement général (marasme)	18 %
- " " atteinte néoplasique	2,2%

ROLE ET PLACE DE L'HOSPICE

L'hospice entre dans le cadre d'un vaste ensemble d'instruments d'assistance aux vieillards. Cet équipement est de deux sortes :

- équipement social gérontologique : mesure d'assistance financière, aide à domicile, "homes" de vieillards (°), foyers, maisons de convalescence, etc...

(°) Du type "Ma Demeure" réalisée par la ville de Lyon avec des subventions de la Sécurité Sociale.

- équipement médical gériatrique : hospitalisation à domicile, services de gériatrie à l'hôpital général, hôpital gériatrique...

Dans cette perspective, l'hospice possède un double rôle : placement social et essai de réadaptation, de récupération d'une autonomie suffisante (°).

Toutefois, cette articulation demeure purement théorique, et actuellement en l'absence d'un équipement suffisant, l'hospice conserve sa fonction sociale de "fourre-tout", au rôle strictement passif de garderie, comme naguère les hôpitaux psychiatriques. Selon sa définition légale, il "pourvoit à l'hébergement des vieillards, infirmes et incurables et leur assure, le cas échéant, les soins nécessaires" (11.XII.1958). Sans avoir connu, comme la psychiatrie, une "révolution chimiothérapique", la gériatrie progresse continuellement et le vieillard n'apparaît plus comme un résidu de la Société, en instance de disparition ; les techniques de traitement et de réadaptation du vieillard nécessitent des locaux, du personnel et du matériel coûteux, qu'un hospice ne peut, actuellement, acquérir que très partiellement. D'autre part, le développement de ces techniques de réadaptation ne permet plus de maintenir dans un même établissement des vieillards et des arriérés qui exigent des structures tout à fait différentes.

Si l'hébergement simple, passif -souvent encore le seul possible- ne correspond plus aux données gériatriques modernes, les "soins nécessaires" ne correspondent guère mieux à la réalité : d'une part le diagnostic et le traitement des maladies demandent

(°) Tout ceci dans la perspective de maintenir ou de remettre le vieillard dans le milieu extérieur, où il constitue -ce qui n'est pas négligeable- un consommateur sur le plan économique.

un équipement de plus en plus important et spécialisé, d'autre part, nombre de vieillards entrent à l'hospice dans un état clinique qui, bien souvent, relèverait davantage de l'hôpital.

Bref, l'hospice apparaît, à la manière de l'hôpital de la psychiatrie asilaire classique, comme la survivance d'une conception du handicapé et de l'inadapté (vieillard ou non, d'ailleurs) fataliste, passive et aliénante, conception encore vivace au niveau des organismes administratifs de tutelle. Ca et là, cependant, se dessine l'ébauche d'un remaniement progressif des structures de l'hospice ancien.

CONCLUSIONS

Cette enquête est une étude rétrospective du devenir du vieillard en hospice. A partir de 450 observations de décès étalés sur quatre ans, nous avons étudié la démographie, les modes d'entrée et la pathologie du vieillard ; une étude parallèle a été faite de la population vivant à l'hospice (490 vieillards) et de la population d'âge équivalent vivant dans la même région.

L'étude démographique indique que les pensionnaires de l'hospice se répartissent en un quart d'hommes et trois quarts de femmes et confirme la surmortalité masculine et une meilleure adaptation féminine à la vie de l'hospice ; parmi les facteurs d'admission, le plus important est la réduction de l'autonomie, non seulement économique et physique mais surtout psychique, aggravée par l'isolement réel ou ressenti comme tel.

En ce qui concerne la pathologie, si elle est facteur également d'entrée à l'hospice, (atteintes mentales, cardiovasculaires, locomotrices) elle joue un rôle très important dans la survie et bien sûr dans le décès ; il faut noter que la durée moyenne de séjour n'est que de 3 ans 1/2 chez les sujets présentant une ou plusieurs affections (93%) alors qu'elle est de 14 ans pour ceux entrés pour des raisons sociales (7%). Les causes de décès par ordre de fréquence décroissante sont les

atteintes respiratoires, vasculaires, neurologiques, cardiovasculaires, l'effondrement général (marasme) de pathogénie imprécise et les atteintes néoplasiques ; en outre, 14,4% des décès sont restés sans cause décelable. Les différences entre les deux sexes sont relativement minimes.

Les conditions sociales de l'entrée du vieillard en hospice, la fréquence des maladies et des associations pathologiques font souhaiter une transformation de l'équipement médical des hospices, permettant d'une part une thérapeutique mieux adaptée, d'autre part une récupération d'autonomie maximale. Dans cette perspective, l'hospice deviendrait alors un instrument de réadaptation pour un vieillard considéré désormais par la gériatrie comme possédant un devenir.

Le Président de la Thèse :

R. SCHIER

VU et permis d'imprimer

LYON, le 14 Mars 1966

VU, le Doyen :

J.F. CIER

Le Recteur, Président du
Conseil de l'Université,

P. LOUIS

BIBLIOGRAPHIE

1.- AUBENQUE (J.)

Les Causes de décès selon l'état matrimonial,

Bulletin mensuel de statistique,
Supplément Juillet/Septembre 1955.

2.- BARTHET (H.)

Contribution à l'étude de certains états régressifs
chez le vieillard.

Thèse de Médecine , Paris, 1959, n° 536, p. 66

3.- BINET (L.)

Gérontologie et Gériatrie,

Paris, Presses Universitaires de France, 1961,
(Coll. "Que sais-je", n° 919, p. 126)

4.- BINET (L.), BOURLIERE (F.)

Précis de Gérontologie,

Masson et Cie, Paris, 1955, p. 554.

5.- BOURLIERE (F.)

Mort subite et mort naturelle,

Revue du Praticien,
1956, VI, 11, pp. 1133-34.

6.- CARRIE (J.)

Etudes sur les modes de décès chez le Vieillard à
l'hospice,

Thèse de Médecine, Clermont-Ferrand, 1956, n°1, p.72.

7.- CHATAGNON (P.A.)

Les problèmes posés par l'assistance aux personnes âgées,

L'Information Psychiatrique, 1961, n°37, pp.596-608.

8.- C.N.R.S.

Le vieillissement des fonctions psychologiques et psycho-
physiologiques,

Colloque international - Paris, 10-16 Avril 1960 -
C.N.R.S., Paris, 1961, p. 447.

9.- CONVERGENCES

La Vieillesse, problème d'aujourd'hui,

Groupe Lyonnais d'Etudes Médicales, Philosophiques
et Biologiques,
Paris, Spes, 1961, p.344.

10.- COUVERT (F.)

Contribution à l'étude de certains problèmes de géronto-
psychiatrie et perspectives d'avenir,

Thèse de Médecine, Lyon, 1963, n°154, p. 187.

11.- CUMMING (E.)

Nouvelles réflexions sur les théories de désengagement,

Revue Internationale des Sciences Sociales,
Paris, U.N.E.S.C.O., 1963, XV, 3, pp. 393-412.

12.- DARRIC (J.)

Vieillissement de la population et prolongation de la
Vie active,

Paris, Presses Universitaires de France, 1948,
(Cahier n° 7 de l'Institut National d'Etudes Démog-
raphiques).

13.- DELACHAUX (A.)

La réadaptation médicales des sujets âgés,

Médecine et Hygiène (Genève),
1965, XIII, 709, pp. 1080-1081.

14.- DELORE (P.)

Sur l'adaptation des établissements hospitaliers au
traitement des gens âgés,

Revue Lyon.Méd., 1957, 6,14, pp. 1275-1278.

15.- DELORE (P.), ARNAUD (P.)

Motifs d'hospitalisation des malades âgés de plus de
65 ans,

Revue lyon. Méd. 1957, 6,14, pp. 1271-1273.

16.- DELORE (P.), CUFFIA (CH.), FILHOL (Melle)

Enquête sociale sur les conditions de vie des femmes
âgées hospitalisées dans un service de médecine,

Rev. lyon. Méd., 1961, 10,3, pp. 115-118.

17.- DESTREM (H.)

L'homme moderne et la longévité,

Vie méd. (Paris), 1965, 46 (N° Spécial : le 3° âge),
pp. 47-58.

18.- DUMAZEDIER (J.) et RIPPET (A.)

Troisième âge et loisirs,

Revue Internationale des Sciences Sociales,
Paris, U.N.E.S.C.O., 1963,XV, 3, pp. 462-471.

19.- ESPRIT

Vieillesse et Vieillissement,

Paris, Seuil, Numéro spécial Mai 1963.

20.- GAUDIN (G.)

Contribution à la Gériatrie Psychiatrique,

Edition Amicale de Médecine,

Thèse méd., Lyon, 1963, n° 16, p. 90.

21.- GAULTIER (M.)

Les Morts subites « Etudes anatomiques et médico-légales,

Revue du Praticien, 1956, VI, 11, pp. 1148-1158.

22.- GENDRE (G.)

Contribution à l'étude des facteurs sociaux et économiques
dans les internements des vieillards atteints de défaillance
psychique, dans les Alpes Maritimes,

Thèse de Médecine, Clermont-Ferrand, 1962, n° 42, p. 52.

23.- GSELL (O.)

Aspects cliniques des maladies de la vieillesse,

Méd. et Hyg. (Genève), 1965, XIII, 709, pp. 1074-1075.

24.- GUILLERME (J.)

La Longévité,

Paris, Presses Universitaires de France, 1957,
(Coll. "Que sais-je", n° 754, p. 126).

25.- HOWELL (T.H.)

Some clinical problems among nonagerians,

Geriatrics, 1965, 20, 10, pp. 871-875.

26.- HUET (J.A.)

Les perspectives hospitalières en gériatrie,

Progr. Méd. (Paris), 1964, 92, pp. 269-280.

27.- I.N.S.E.E.

Statistiques des causes de décès,

Paris, Presses Universitaires de France, 1963.

28.- ISAACS (B.)

Pronostic factors in elderly patients in a gériatric institution,

Gerontologia Clinica, 1965, 7, 4, pp. 202-215.

29.- JACOB (B.)

Contribution à l'étude de la morbidité et de la mortalité du sujet âgé en milieu hospitalier,

Thèse de Médecine, Paris, 1958, n°1065, p. 69.

30.- JOKIPII (S.G.) and HEINO (A.E.)

The causes of death in persons over 90 in the light of autopsy material,

Ann. Méd. intern. Fenn., Helsinki, 1963, 52, Suppl. 40, pp. 11-21.

31.- JUNOD (J.P.)

Le logement des vieillards dépendants,

Méd. et Hyg. (Genève), 1965, XIII, 709, p. 1084.

32.- JUSTIN-BESANCON (L.), CHRETIEN (J.), DELAVIERRE (Ph.)

Inventaire de morbidité des sujets décédés dans un service de Médecine générale,

Sem. Hôp. Paris, 1964, 40, 9, pp. 534-545.

33.- JUSTIN-BESANCON (L.), CHRETIEN (J.), DELAVIERRE (Ph.)

Intérêt clinique des autopsies systématiques en milieu hospitalier,

Sem. Hôp. Paris, 1964, 40, 9, pp. 531-534.

34.- JUSTIN-BESANCON (L.), CHRETIEN (J.), DELAVIERRE (Ph.)

Causes de la mortalité, comparaison avec les statistiques officielles,

Sem. Hôp. Paris, 1964, 40, 9, pp. 546-551.

35.- LAGRANGE (H.)

La statistique et la recherche en Médecine Sociale,

Rev. lyon. Méd., 1961, 10,3, pp. 107-113.

36.- LUSCHER (J.)

Les aspects médico-sociaux de la vieillesse,

Thèse de Médecine, Paris, 1953, n° 869, p.40.

37.- MAGDELAINE (C.)

Enquête longitudinale sur le devenir des hospitalisés
adultes,

Masson et Cie, Paris, 1962, p.31.

38.- MAGDELAINE (H.)

Recherches sur la clientèle hospitalisée,

Revue d'Hygiène et de Médecine Sociale, 1958,
6, 6, pp. 539 - 605 ; 7, pp. 651 - 720 ; 8, pp. 865 -
887.

39.- MAVIEL (A.)

L'Hospitalisation à domicile : considérations sur les
systèmes de l'hospitalisation à domicile et sur les soins
à domicile,

Thèse de Médecine, Toulouse, 1963, n° 78, p. 90.

40.- MENETRIER (J.)

Les Vieillissements,

Édit. du Vieux Colombier, Paris, 1962, p. 197.

41.- MINKOWSKI (E.)

Aspect psychologique de la vieillesse,

Evolut. psychiat. 1951, XVI, I, pp. 49-72.

42.- NATIONS UNIES

Social Services for the aged,

Séminaire européen, Wégimont (Liège) Belgique,
4-14 Sept. 1955 - Genève, 1956, p. 89.

43.- NATIONS UNIES

Le vieillissement des populations et ses conséquences
sociales et économiques,

Etudes démographiques, New-York, 1956, p. 26.

44.- NATIONS UNIES

The individual and social importance of activities
for elderly,

Séminaire européen, Bonn, 19-28 Octobre 1958 -
Genève, 1959, p. 170.

45.- NATIONS UNIES

The needs of elderly at home in residential care,

Report of a United Nation Study Group,
Nottingham, 1^o-15 Septembre 1961, p. 95.

46.- OCHER (J.) et CARCASONNE (Y.)

La mort subite - Etude clinique et étiologique,

Revue du praticien 1966, VI, 11, pp. 1137-1143.

47.- O.M.S.

Problème de la Santé mentale relative à la sénescence
et aux personnes âgées,

VIème Rapport du Comité d'Experts de la Santé
Mentale,
Ser. Rapp. tech., Genève, O.M.S., 1959, p. 56.

48.- PAILLAT (P.)

Sociologie de la vieillesse,

Paris : Presses Universitaires de France, 1963,
(Coll. "Que sais-je, n° 1046, p. 128).

49.- PAROT (S.)

Quelques aspects psychologiques du vieillissement et la
détermination de l'âge biologique chez l'homme,

La Vie médicale, 1965, n° spécial 46, pp. 21-46.

50.- PEQUIGNOT (H.), RÖSCH (G.), SALOMON (Y.)

Le vieillissement dans un hospice de vieillards,

Presse Médicale, 1957, 65, 70, p. 1574.

51.- PEQUIGNOT (H.)

Sénescence - Mort.

in Les Grands Processus Morbides et leurs causes -
Lois de la vie -

Edit. Clartés, Paris, 1959.

52.- PEQUIGNOT (H.)

La pathologie du vieillard,

Concours médical, 1963, pp. 6360-6367.

53.- PEQUIGNOT (H.)

Longévité et besoins médicaux,

Vie médicale, 1965, 46, pp. 10-18.

54.- PLANQUES (J.)

Les Morts subites - Problèmes médico-légaux,

Revue du Praticien, 1956, VI, 11, pp. 1161-1173.

55.- POLITIQUE DE LA VIEILLESSE

Rapport de la Commission d'Etude des problèmes de la
vieillesse,

Documentation Française, Paris, 1962, p. 438.

56.- POSTEL (J. et N.)

Possibilités d'adaptation du vieillard sur le plan
psycho-affectif,

Revue Française de Gériatologie, 1962, 8,6, pp.513-
519.

57.- POULIZAE (H.G.)

Démographie et problèmes médico-sociaux du vieillisse-
ment, publié par la Caisse Régionale de Sécurité
Sociale de Nancy, 18. 1. 1965.

58.- RECENSEMENT GENERAL DE LA POPULATION - MAI 1954

Résultats statistiques du Département de la Loire,
I.N.S.E.E.,

Imprimerie Nationale, 1960.

59.- REVUE FRANCAISE DE GERONTOLOGIE - S.D.M.S.

10, rue des Pyramides, Paris, 1er.

60.- REVUE GERONTOLOGIA CLINICA

Dr E. WOODFORD - WILLIAMS,
Dépt. of geriatrics Medicine, General Hospital,
SUNDERLAND Co DURHAM (England).

61.- REVUE GERIATRICS

Louis M. COHEN Publisher,
65 th at Valley Road, Southdale Park,
MINNEAPOLIS - MINN. 55424 (U.S.A.).

62.- RIFFAT (G.) et DELOMIER (Y.)

Enquête sociale et médicale sur les maladies de
l'hospice,

Rev. lyon. Méd., 1961, 10,3, pp. 141-145.

63.- RIFFAT (G.), GAUDIN (G.) et DELOMIER (Y.)

Considérations sur le vieillard et la thérapeutique,

Gerontologia Clinica, 1964, 6,1, pp. 52-59.

- 64.- RIFFAT (G.), GENAIRON (C.), GAUDIN (G.), REBOUL (H.)

Le vieillard et son contexte pathologique et social entre
60 et 65 ans,

Rev. Hyg. et Médecine Sociale, 1964, 12,2, pp. 107-134.

- 65.- RIFFAT (G.), MONTEZ (J.C.), VIGNAT (J.P.C.), REBOUL (H.)

Problèmes posés par l'hospitalisation des malades âgés
dans un service de convalescents,

A paraître in Revue d'Hygiène et Médecine Sociale, 1966.

- 66.- SALOMON (Y.)

Etude sur une population d'hospice 1890-1955,
Enquêtes faites dans un hospice de l'Assistance Publique
(Ste Perrine),

Thèse de Médecine, Paris, 1960, n° 966, p. 37.

- 67.- SAUVY (A.)

La limite de la vie humaine,

Hachette, Paris, 1961.

- 68.- SAUVY (A.)

Le vieillissement démographique,

Revue Internationale des Sciences Sociales,
Paris, U.N.E.S.C.O., 1963, XV, 3, pp. 371-380.

- 69.- SCHOCK (N.W.)

A classified bibliography of Gerontology and Geriatrics,

Stanford University Press, California, 1951,
XXVIII, p. 599.

- 70.- THOMAE (H.)

Vieillissement et problèmes d'adaptation,

Revue Internationale des Sciences Sociales,
Paris, U.N.E.S.C.O., 1963, XV, 3, pp. 381-392.

71.- TIBBITTS (C.)

La Gérontologie Sociale, ses origines, sa portée,
ses tendances,

Revue Internationale des Sciences Sociales,
Paris, U.N.E.S.C.O., 1963, XV,3, pp.353-370.

72.- TOWNSEND (F.)

Faut-il renoncer aux maisons de retraite ?

Revue Internationale des Sciences Sociales,
Paris, U.N.E.S.C.O., XV, 3, pp.449-461.

73.- VAN ZONNEVELD (R.J.)

The Health of the Aged,

Health Research T.N.O., publié par Van Gorcum,
Assen, 1961, p.439.

74.- VICAT (M.)

Note sur l'âge moyen et sur l'âge de décès des sujets
de plus de 60 ans,

Revue lyon. Méd., 1957, 6,14, pp. 1279.

75.- VIE MEDICALE - N° SPECIAL - LE 3ème AGE - MAI 1965

PEQUINOT (H.), PAROT (S.), DESTREM (H.),
BAUMGARTNER (P.), BASTIDE (H.), THERET (M.) et
ANIZET (A.), MATHE (A.), BEKOMBO (M.), VALLERY-RADOT (P.)
DUTEIL (J.J.).

76.- VIGEZZI (G.)

Le vieillissement de la Population en France,

Thèse de Médecine, Paris, 1958, n° 402, p. 48.

77.- VIGIL y TARDON

Le vieillissement de la population et la surmortalité
masculine dans le Canton de VAUD,

Méd. et Hyg. (Genève), 1965, 709, pp. 1085-1087.

78.- VILLA (J.L.)

L'hospitalisation des malades mentaux en g rontopsy-
chiatric,

Méd. et Hyg., (Genève), 1965, 709, pp. 1082-1083.

79.- VUILLEMIN (J.)

Essai sur la signification de la mort,

Presse Universitaires de France, Paris, 1948, p. 318.

TABLE DES MATIERES

page

PREMIERE PARTIE

BASES ET METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

CHAPITRE PREMIER.

Bases démographiques et écologiques..... 3

CHAPITRE DEUXIEME.

Méthodologie..... 13

DEUXIEME PARTIE

ETUDE DE LA POPULATION DE L'HOSPICE

INTRODUCTION. 33

CHAPITRE PREMIER.

Etude de l'âge 37

 . Age actuel 39

 . Age d'entrée 49

• Corrélation de l'âge actuel et de l'âge d'entrée	59
• Durée de séjour selon l'âge	71
• Conclusions	87

CHAPITRE DEUXIEME.

Etude de la condition civile	89
• Etude analytique par catégorie matrimoniale	91
• Etude du couple et de l'isolement	113
• Conclusions	123

CHAPITRE TROISIEME.

Comparaison avec la Loire et la France	127
• Comparaison à propos du sexe et de l'âge...	129
• Comparaison à propos de la condition civile	139
• Conclusions	151

TROISIEME PARTIE

ETUDE DE LA POPULATION DECEDEE

<u>INTRODUCTION</u>	155
---------------------------	-----

CHAPITRE PREMIER.

Etude de l'âge	159
• Etude de l'âge à l'entrée	161
• Etude de l'âge au décès	171
• Corrélation de l'âge au décès et de l'âge d'entrée	181
• Etude de la durée de séjour	187

• Répartition des décès selon l'année et le mois	209
• Conclusions	213

CHAPITRE DEUXIEME.

Comparaison avec la Loire, la France et la Population vivante	215
• Comparaison avec la Loire , la France ...	217
• Comparaison avec la population vivante ..	231
1) Données générales	231
2) Taux de mortalité	233
3) Espérance de vie	234
4) Age à l'entrée	235
5) Age actuel - âge au décès	236
6) Durée de séjour	242
• Conclusions	245

QUATRIEME PARTIE

ETUDE DE LA PATHOLOGIE

<u>INTRODUCTION</u>	251
---------------------------	-----

CHAPITRE PREMIER.

Modalités d'admission	263
Etude descriptive de la pathologie	267
A) Pathologies regroupées	267
B) Pathologies non regroupées.....	305
C) Pathologies les plus fréquentes ..	309
Conclusions	317

CHAPITRE DEUXIEME .

Etude analytique	321
• Aspects statistiques	323
A) Données générales	323
B) A l'entrée	324
C) Pendant le séjour	326
D) Au décès	331
E) Conclusions	336
• Aspects particuliers	341
A) Morts subites	341
B) Sujets adressés par un médecin pra- ticien ou par la famille	346
C) Sujets décédés à 6 mois de séjour ou moins	352
D) Sociopathies	365
• Comparaisons avec la Loire	370

CINQUIEME PARTIE

<u>MODALITES DE LA MORT</u>	375
A) Répartition selon le sexe	378
B) Répartition selon l'âge	380
C) Répartition selon la durée	380
D) Répartition selon le mois et l'année de décès	381
E) Répartition selon la pathologie	381
• Conclusions	387

SIXIEME PARTIE

CONCLUSIONS 389

• Méthodologie 391

• Recrutement de l'Hospice 392

• Fonctionnement de l'Hospice 398

• Rôle et place de l'Hospice 403

• Conclusions 407

BIBLIOGRAPHIE 409
